

CUESTIONARIO PARA PADRES

| | | | | | |
|------------|--|------------------------------------------|--|--|-----|
| IDNUM Niño | | Fecha cuestionario Formato DD/MM/AAAA | | | 2 0 |
|------------|--|------------------------------------------|--|--|-----|

Estimada madre o padre,

Queremos agradecerte tu decisión de participar en este estudio. A continuación te vamos a hacer una serie de preguntas. Algunas respuestas las vas a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción (algunas de una sola opción y otras de múltiples opciones). Preferiblemente el cuestionario tiene que ser rellenado por la madre, padre o tutor legal del niño/a.

El cuestionario dura aproximadamente 25 minutos. Si tienes cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación.

De nuevo, ¡muchas gracias!

INFORMACIÓN GENERAL

- ¿Cuál es tu relación con el niño/a que participa en el estudio?
1. Madre
 2. Padre
 3. Tutor legal
 4. Otro, especificar: _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/A

ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. Indica si tu hijo/a padece o ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud:

| | ¿Padece o ha padecido alguna vez la enfermedad? | ¿Ha sido diagnosticado por un médico de padecer la enfermedad? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. Diabetes | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica tipo de diabetes: 1. <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I 2. <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____ |
| b. Colesterol elevado | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| c. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| d. Epilepsia | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| e. Enfermedades del corazón | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| f. Enfermedad digestiva crónica (ej. diarrea crónica, úlcera, hepatitis) <i>Niño/a en Proj. Microbiota → responder pregunta 2</i> | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| g. Retraso del crecimiento en peso y/o talla | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| h. Enfermedad renal (ej. insuficiencia renal, síndrome nefrótico) | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| i. Trastorno de los huesos y/o articulaciones y/o musculares | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| j. Tumores malignos (ej. leucemia, linfoma) | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| k. Problema hormonal (ej. hipotiroidismo) k.1. Hipotiroidismo k.2. Hipertiroidismo | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| l. Déficit o retraso mental o motor | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| m. Problema de conducta y/o aprendizaje (ej. déficit de atención, hiperactividad) | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| n. Trastorno mental (ej. depresión, ansiedad) | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |
| o. Otros (larga evolución, no resfriados, gripe, etc) | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica problema: _____ | 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> → Indica edad de diagnóstico*: _____ |

*(Edad de tu hijo/a cuando se le diagnosticó la enfermedad)

2. SOLO PARTICIPANTE EN PROYECTO MICROBIOTA: ¿Ha presentado tu hijo algún trastorno digestivo o enfermedad de las abajo detalladas?

(en los últimos 12 meses, se pueden marcar varias opciones). Indique la fecha en la que fue diagnosticado:

| ENFERMEDAD/TRASTORNO | Sí | Fecha | ENFERMEDAD/TRASTORNO | Sí | Fecha |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-----------------------|--------------------------|-------|
| Celiaquía | <input type="checkbox"/> | | Colitis ulcerativa | <input type="checkbox"/> | |
| Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> | | Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> | |
| Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> | | Pancreatitis | <input type="checkbox"/> | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> | |
| Otro tipo de trastorno o enfermedad digestiva (especificar tipo y fecha): | | | | | |

ASMA Y ALERGIAS

ASMA

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Ha tenido tu hijo/a pitos o silbidos en el pecho <u>en los últimos 12 meses</u>?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 6 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>2. ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido tu hijo/a <u>en los 12 últimos meses</u>?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 12 <input type="checkbox"/> Más de 12</p> |
| <p>3. <u>En los últimos 12 meses</u>, ¿con qué frecuencia, de promedio, se ha despertado tu hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nunca se ha despertado con pitos <input type="checkbox"/> Menos de una noche a la semana <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana</p> |
| <p>4. <u>En los últimos 12 meses</u>, ¿han sido alguna vez los pitos tan importantes como para que cada una o dos palabras tu hijo/a haya tenido que parar para respirar?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>5. <u>En los últimos 12 meses</u>, ¿has notado pitos o silbidos o dificultades respiratorias en el pecho de tu hijo/a al respirar durante o después de hacer ejercicio?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>6. ¿<u>Alguna vez</u> un médico ha diagnosticado a tu hijo/a de tener asma?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 8 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>7. ¿Ha sido diagnosticado tu hijo/a de tener asma desde la visita de los 9 años?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>8. <u>En los últimos 12 meses</u>, ¿ha tenido tu hijo/a tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección en el pecho?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>9. ¿Ha tomado tu hijo/a 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>?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 10 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>9.1. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos con receta médica?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____</p> <p>Si tu hijo/a ha tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomó al menos durante 3 días seguidos?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>9.2. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos sin receta médica?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____</p> |
| <p>10. ¿Con qué frecuencia tuviste que llamar o ir al médico o al hospital con tu hijo/a urgentemente 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)</p> | <p>Número: _____</p> |

RINITIS

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <p>1. <u>En los últimos 12 meses</u>, tu hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado ni con gripe?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 2 <input type="checkbox"/> Sí</p> | | | | | | | | | |
| <p>1.1. En caso afirmativo, por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas ha tenido tu hijo en los últimos 12 meses SIN estar resfriado ni con gripe (puede señalar varias respuestas). Por favor, marca todos los síntomas que haya tenido:</p> | <table border="0"> <tr> <td>Estornudos</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Nariz mucosa</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Nariz tapada</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> | Estornudos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Nariz mucosa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Nariz tapada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Estornudos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Nariz mucosa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Nariz tapada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.2. En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>2. En los últimos 12 meses, tu hijo/a ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con alguna de las siguientes sustancias? (puedes señalar varias respuestas). Por favor, marca todas las sustancias implicadas:</p> | <p>Animales, polvo, ácaros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hierba, árboles, flores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Humo de tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Polvo de casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Contaminantes del aire (p.e. humos de coches, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros, por favor especifica _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>3. ¿Ha tomado tu hijo/a medicación para la alergia nasal/ fiebre del heno/rinitis alérgica en los últimos 12 meses?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 4 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>3.1. ¿Medicamentos con receta médica?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____</p> |
| <p>3.1. ¿Medicamentos sin receta médica?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____</p> |
| <p>4. ¿Le han puesto a tu hijo/a alguna vez inyecciones especiales para la alergia ('vacunas para la alergia', inmunoterapia, hiposensibilización, desensibilización, gotas o tabletas sublinguales)?</p> | <p><input type="checkbox"/> No → pasar a la pregunta 6 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>5.1. En caso afirmativo:</p> | <p>- El primer tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; <input type="checkbox"/> Para qué alérgeno: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé - El segundo tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; <input type="checkbox"/> Para qué alérgeno: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé - El tercer tratamiento empezó a los _____ años y terminó a los _____ años; <input type="checkbox"/> Para qué alérgeno: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé</p> |
| <p>6. ¿Ha sido su hijo/a alguna vez diagnosticado por un médico de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo...) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)?</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> |

ECZEMA - DERMATITIS ATÓPICA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Ha tenido tu hijo/a la piel seca en los últimos 12 meses?</p> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <p>2. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente en los últimos 12 meses?</p> | <input type="checkbox"/> No → Si la respuesta es NO en las preguntas 2 y 3, ve a la pregunta 8 <input type="checkbox"/> Sí |
| <p>3.1. ¿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> | <input type="checkbox"/> Los pliegues de los codos <input type="checkbox"/> Detrás de las rodillas <input type="checkbox"/> Delante de los tobillos <input type="checkbox"/> Debajo de las nalgas <input type="checkbox"/> Alrededor del cuello, las orejas o la cara <input type="checkbox"/> En otro/s sitios, especifica: _____ |
| <p>3.2. Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante los últimos 12 meses?</p> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <p>4. Tu hijo/a, ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis?</p> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <p>6. En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, ha estado tu hijo/a despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor?</p> | <input type="checkbox"/> Nunca en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Menos de una noche por semana <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana |
| <p>7. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?</p> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <p>7.1. En caso afirmativo, ¿a qué edad lo tuvo por primera vez?</p> | ____ años |
| <p>8. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias? (Puedes elegir varias respuestas). Por favor marca todas las sustancias que le hayan provocado eczema:</p> | <input type="checkbox"/> Objetos metálicos (p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). Por favor, especifica: _____ <input type="checkbox"/> Bisutería (pendientes, anillos) <input type="checkbox"/> Colorantes <input type="checkbox"/> Productos de cosmética, perfumes o fragancias <input type="checkbox"/> Champú o acondicionador <input type="checkbox"/> Jabón <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Látex, goma, plásticos (guantes de goma/plástico, globos) <input type="checkbox"/> Otros materiales. Por favor, especifica: _____ <input type="checkbox"/> No, con ningún material |

REACCIONES ALÉRGICAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Ha tenido tu hijo/a una o varias reacciones anormales tras comer un alimento en particular?</p> | <input type="checkbox"/> No → ve a la pregunta 5.1. <input type="checkbox"/> Sí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

| | ALIMENTO | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | Fruta, verduras | Leche | Huevo blanco | Frutos secos | Cacahuets | Pescado | Marisco | Otro alimento (por favor, especifica) |
| Edad en la que se presentó (en años) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ¿Ha sido esta reacción a los alimentos diagnosticada para un médico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ha cedido la reacción tras eliminar el alimento/medicamento etc? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

MEDICAMENTOS

1. ¿Ha tomado tu hijo/a antibióticos u otros medicamentos en los últimos 12 meses?

0. No

1. Sí → 1a. Especifica cuál/es:

| Medicamento | Motivo / Enfermedad | Duración del tratamiento (días, semanas o meses) | Frecuencia (veces por día, semana o mes) | Fecha fin (/ /) |
|-------------|---------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. ¿Ha recibido tu hijo/a alguna vacuna en los últimos 12 meses?

0. No

1. Sí → 2a. Especifica cuál/es:

Tipo de vacuna: _____ Fecha de administración: _____

Tipo de vacuna: _____ Fecha de administración: _____

Tipo de vacuna: _____ Fecha de administración: _____

ALIMENTACIÓN

1. Ha consumido tu hijo/a alimentos orgánicos o ecológicos en los últimos 12 meses? ¿Qué porcentaje de su dieta ha sido orgánica o ecológica?

0. No

1. Sí , Indica el % de su dieta que ha sido orgánica o ecológica: %

2. ¿Ha consumido tu hijo/a alguno de los siguientes tipos de suplementos? (12 últimos meses)

| | 1. Regularmente | 2. Ocasionalmente | 3. Nunca |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|----------|
| Suplementos prebióticos o probióticos (Activia, Actimel, etc) (especificar) | | | |
| Suplementos de fibra | | | |
| Suplementos vitamínicos | | | |
| Suplementos de minerales (Hierro, Calcio, Zinc, etc) | | | |
| Otros suplementos (especificar) | | | |

3. ¿Alguno de estos alimentos le ha causado problemas digestivos o de alergia a tu hijo/a? Referirse a los últimos 12 meses. Pueden marcarse varias opciones:

0. No → Pasa a la pregunta 4.

1. Sí Rellena la siguiente tabla

| ALIMENTO | ¿Ha tenido TU HIJO/A alguna de las siguientes reacciones en los últimos 12 meses?: | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------|--------|---------|-------------------------|------------------|------------------------|--------------------|
| | Hinchazón cara | Hinchazón labios | Edema Quincke | Erupción generalizada | Vómito | Diarrea | Sensación falta aliento | Desfallecimiento | Pérdida de consciencia | Otro (especificar) |
| Lácteos | | | | | | | | | | |
| Cereales | | | | | | | | | | |
| Arroz | | | | | | | | | | |
| Pasta | | | | | | | | | | |
| Pan | | | | | | | | | | |
| Bollería | | | | | | | | | | |
| Frutas | | | | | | | | | | |
| Frutos secos | | | | | | | | | | |
| Verduras | | | | | | | | | | |
| Azúcar | | | | | | | | | | |
| Miel | | | | | | | | | | |
| Legumbres | | | | | | | | | | |
| Patatas | | | | | | | | | | |
| Aceite | | | | | | | | | | |
| Carne blanca | | | | | | | | | | |
| Carne roja | | | | | | | | | | |
| Embutidos | | | | | | | | | | |
| Huevo | | | | | | | | | | |
| Pescado | | | | | | | | | | |
| Marisco | | | | | | | | | | |
| Sal | | | | | | | | | | |
| Refrescos (sodas) | | | | | | | | | | |
| Otros (especificar) | | | | | | | | | | |

4. ¿Ha tenido tu hijo/a algún otro tipo de alergia en los últimos 12 meses?

Especificar a qué y qué le ha producido

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA INFANCIA DE BRUNI (SDSC) Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres del sueño en tu hijo/a. Trata de recordar lo sucedido en los **ÚLTIMOS SEIS MESES** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Responde todas las preguntas.

| | Nunca | Ocasional- mente | Algunas veces | A menudo | Siempre |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1. Tu hijo/a... | | | | | |
| a. Se va a la cama de mal humor | <input type="checkbox"/> |
| b. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche | <input type="checkbox"/> |
| c. Parece ansioso o miedoso cuando se queda dormido | <input type="checkbox"/> |
| d. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse | <input type="checkbox"/> |
| e. Realiza acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza al dormirse | <input type="checkbox"/> |
| f. Tiene la sensación de estar soñando al empezar a dormirse | <input type="checkbox"/> |
| g. Suda excesivamente cuando se está durmiendo | <input type="checkbox"/> |
| h. Se despierta más de dos veces cada noche | <input type="checkbox"/> |
| i. Después de despertarse por la noche le cuesta dormirse | <input type="checkbox"/> |
| j. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama | <input type="checkbox"/> |
| k. Tiene dificultades para respirar durante la noche | <input type="checkbox"/> |
| l. Respira con dificultad o no puede respirar mientras duerme | <input type="checkbox"/> |
| m. Ronca | <input type="checkbox"/> |
| n. Suda excesivamente durante la noche | <input type="checkbox"/> |
| o. Camina dormido | <input type="checkbox"/> |
| p. Habla dormido | <input type="checkbox"/> |
| q. Rechina los dientes cuando está dormido | <input type="checkbox"/> |
| r. Se despierta chillando | <input type="checkbox"/> |
| s. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente | <input type="checkbox"/> |
| t. Es difícil despertarlo por la mañana | <input type="checkbox"/> |
| u. Al despertarse por la mañana parece cansado | <input type="checkbox"/> |
| v. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana | <input type="checkbox"/> |
| w. Tiene somnolencia diurna | <input type="checkbox"/> |
| x. Se duerme de repente en determinadas situaciones | <input type="checkbox"/> |

ACTIVIDAD FÍSICA

Globalmente, considerando **toda** su actividad física: ¿cómo consideras a tu hijo/a?

1. **Sedentario/a:** sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes.
2. **Poco activo/a:** actividades sentadas, escasa actividad o deportes.
3. **Moderadamente activo/a:** poco tiempo sentado, ligera actividad o deportes.
4. **Bastante activo/a:** casi siempre de pie, frecuente actividad o deportes.
5. **Muy activo/a:** siempre de pie/moviéndose, intensa actividad o deportes a diario.

EVENTOS IMPORTANTES PARA EL NIÑO

Algunas de las preguntas siguientes se refieren a eventos muy importantes para el niño. Por favor, indique si los siguientes acontecimientos han tenido lugar a lo largo de la vida de su hijo/a

1. Cambio de residencia: 1. Sí 0. No
2. Cambio de escuela: 1. Sí 0. No
3. Separación o divorcio de los padres: 1. Sí 0. No
4. Muerte de algún miembro de la familia: 1. Sí 0. No
5. Hospitalización de larga duración (de su hijo/a): 1. Sí 0. No

B. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA

1. Actualmente, ¿Cuántas personas conviven con tu hijo/a? |__|__|

2. Indica la edad de las personas que conviven con tu hijo/a

| | | | |
|--------------|-------|---------------------------|-------|
| 1. Madre | __ __ | 6. Abuelo | __ __ |
| 2. Padre | __ __ | 7. Abuela | __ __ |
| 3. Hermano 1 | __ __ | 8. Pareja de la madre | __ __ |
| 4. Hermano 2 | __ __ | 9. Pareja del padre | __ __ |
| 5. Hermano 3 | __ __ | 10. Otro/a, ¿quién? _____ | __ __ |

5. En los últimos 12 meses, ¿habéis realizado alguna actividad laboral remunerada los miembros del hogar?

- Sí
- No → pasa a la pregunta 7

6. En total, ¿durante cuánto tiempo habéis trabajado en los últimos 12 meses? Indica el número de meses y número aproximado de horas trabajadas por semana. Si el tiempo trabajado es inferior a 1 mes, se contabiliza como un mes trabajado. Cuando no son meses completos se redondea de la misma manera que se hace con los decimales.

| | Número de meses trabajados | Número medio de horas trabajadas por semana (máximo 40) |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| Madre | | |
| Padre | | |
| Hermano 1 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) | | |
| Hermano 2 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) | | |
| Hermano 3 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) | | |
| Abuelo | | |
| Abuela | | |
| Pareja de la madre | | |
| Pareja del padre | | |
| Otro 1 | | |
| Otro 2 | | |

INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR

8. Teniendo en cuenta TODOS los ingresos que se listan a continuación, en el año 2019 los INGRESOS ANUALES NETOS de la familia fueron _____ €

10. Señala por favor si la realidad de tu hogar se ajusta a los recursos y situaciones del siguiente listado:

| | Sí, es correcto | No, es incorrecto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. No tienes retrasos en el pago del alquiler, hipoteca, recibos relacionados con la vivienda o compras a plazos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mantienes la vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Haces frente a gastos imprevistos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Coméis carne, pollo o pescado cada dos días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. La familia se va de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tenéis una lavadora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tenéis una televisión a color | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tenéis un teléfono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AFLUENCIA FAMILIAR, BIENESTAR Y RED SOCIAL

ESCALA DE AFLUENCIA FAMILIAR

1. ¿Vuestra familia tiene un coche?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. Sí, dos o más

2. ¿Tu hijo/a tiene su propia habitación?

- 0. No, comparte habitación con los padres o cuidador
- 1. No, comparte habitación con su(s) hermano(s)
- 2. Sí

3. Durante el último año, ¿Viajaste de vacaciones (pasando una o más noches fuera de casa) con tu familia?

- 0. Ni una sola vez
- 1. Sí, una vez
- 2. Sí, dos o más veces

4. ¿Cuántos ordenadores tenéis en vuestro domicilio (incluyendo ordenadores portátiles, iPads, tablets)?

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. Dos o más

BIENESTAR

5. ¿Cómo de bien dirías que tu familia gestiona la economía familiar en estos días? Dirías que está:

- 1. Viviendo cómodamente
- 2. Va bien
- 3. Va tirando
- 4. Resultándole bastante difícil
- 5. Resultándole muy difícil
- 9. No desea contestar

6. En comparación con hace 5 años, ¿Cómo dirías que tu familia va económicamente ahora?

- 1. Mejor
- 2. Similar
- 3. Peor
- 9. No desea contestar

RED SOCIAL

7. Aproximadamente, ¿Con cuántos familiares mantienes una comunicación regular, sin contar aquellos que viven contigo?
(Por comunicación regular entendemos que mantienes algún tipo de contacto (esto es, los ves, hablas con ellos, les envías o recibes mensajes de ellos...) al menos una vez al mes)

Número |_|_|

8. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos dirías que tienes? (Entendemos por amigos, aquellas personas con las que tienes un trato de afecto o amistad, no personas que simplemente ves de vez en cuando)

Número |_|_|

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Las siguientes preguntas se refieren a la casa en la que tu hijo/a vive actualmente. Si tu hijo/a vive en diferentes casas al mismo tiempo, por favor contesta las preguntas pensando en la casa en la que tu hijo/a pasa la mayor parte del tiempo.

1. ¿Has cambiado de domicilio desde la última visita?

1. Sí → Fecha de cambio: ____/____/_____
0. No → Pasa a la pregunta 10

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

- 2. ¿Cuál es la edad de tu casa en años? (edad a partir del año de construcción)**
1. Menos de 5 años
2. De 5 a 14 años
3. De 15 a 29 años
4. Más de 30 años
9. No sabe/no contesta
- 3. ¿Cómo describirías tu 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) → pasa a la pregunta 5
4. Otros. Especificar: _____ → pasa a la pregunta 5
- 4. Si tu vivienda es unifamiliar, ¿Tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?**
1. Sí
0. No
- 5. ¿Cuántos pisos tiene tu vivienda o bloque de pisos (edificio) en total? (se refiere a todo el edificio, no sólo a tu vivienda)**
|_|_| pisos – (1=edificio con sólo planta baja, etc.; No cuentas el sótano y cuenta el desván como un piso en sí mismo si alguien puede estar allí de pie)
- 6. ¿En qué piso-altura se encuentra tu vivienda? (marca 0 si es planta baja)** |_|_|
- 7. ¿En qué piso está la habitación de tu hijo/a? (marca 0 si es planta baja)** |_|_|
- 8. Nº de habitaciones de tu casa (sin contar cocina y baños):** |_|_|
- 9. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza):** |_|_|_|_|_| 9999 Ns/Nc
- 10. ¿En los alrededores de tu residencia hay algún lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?**
1. Sí
0. No

10a. En caso afirmativo, ¿A qué distancia?

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

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

1. Sí
2. No

11a. En caso afirmativo, ¿A qué distancia?

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

12. ¿Consideras que tu casa tiene humedades?

1. Sí
0. No

13. ¿Hay moho o manchas de moho en tu vivienda?

1. Sí
0. No

14. En caso afirmativo, ¿En qué habitaciones de la casa?

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

15. ¿Qué luminosidad tiene la habitación de tu hijo/a mientras duerme por la noche?

1. Totalmente oscura
2. Casi totalmente oscura
3. Tenue
4. Bastante iluminada

RUIDO

16. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de cristal de las ventanas del dormitorio de tu hijo/a?

1. Ventana con acristalamiento simple (una sola lámina de cristal por ventana)
2. Ventana con acristalamiento doble (dos láminas de cristal por ventana)
3. Ventana con acristalamiento triple (tres láminas de cristal por ventana)
4. Ventana con acristalamiento laminado (cristal con capa de recubrimiento)
5. Otros, cuál/es _____
9. No lo sé

17. El dormitorio de tu hijo/a, ¿tiene alguna de las siguientes protecciones en la ventana? (marca todos los que correspondan)

1. Persianas
2. Porticones (batiente de madera en la ventana)
3. Doble ventana (una ventana interior y una exterior)
4. Otros, cuál/es _____
5. Ninguna protección

18. ¿El dormitorio de tu hijo/a da a una calle?

1. No, no da a ninguna calle, da a un patio interior
2. Sí, da directamente a una calle
3. Sí, da lateralmente a una calle (Si miras por la ventana no hay ninguna calle enfrente, la calle pasa por la esquina de la derecha o de la izquierda)

18a. Si da directamente o lateralmente a una calle, ¿cuál es el nombre de la calle?

1. Es la misma dirección postal de la vivienda.
2. Es diferente a la dirección postal de la vivienda → ¿Cuál es el nombre de la calle?

19. Pensando en los últimos 12 meses, durante las horas habituales de sueño de tu hijo/a y excluyendo la siesta, ¿con qué frecuencia se cierran las ventanas de su dormitorio?

Primavera

1. Siempre
2. A menudo
3. Raramente
4. Nunca

Verano

1. Siempre
2. A menudo
3. Raramente
4. Nunca

Otoño

1. Siempre
2. A menudo
3. Raramente
4. Nunca

Invierno

1. Siempre
2. A menudo
3. Raramente
4. Nunca

COCINA, CALEFACCIÓN Y CALENTADOR DE AGUA

20. Desde la última visita, ¿Has cambiado de cocina, sistema de calefacción o calentador del agua?

0. No → No responder sección en amarillo
1. Sí

21. ¿Tienes extractor encima de los fogones de la cocina?

0. No
1. Sí ->21a. Cuando cocinas, ¿utilizas el extractor?
 1. Siempre
 2. A veces
 3. Nunca

22. ¿Qué tipo de horno tienes?

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

23. ¿Qué tipo de fogón tienes?

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

23a. Si tienes fogón de gas, ¿Cuántos minutos al día, en promedio, cocinas con fogón de gas?

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

24. ¿Cuántas veces a la semana cocinas con una sartén antiadherente?

_____ veces a la semana

25. ¿Tienes calefacción central en casa?

1. Sí
0. No → Pregunta 28

26. ¿Qué tipo de caldera de agua central tienes en casa? (para agua caliente y/o calefacción central) Marca todas las que correspondan.

1. No tiene caldera de agua central
2. Gas natural
3. Gas butano
4. Gas propano
5. Eléctrica
6. Carbón
7. Leña
8. Diesel/aceite
9. Intercambiador de calor
10. Otro. Especificar: _____

27. ¿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. Especificar: _____

28. ¿Qué tipo de calentador de agua tienes en casa?

1. De gas natural
2. De gas propano/butano
3. Eléctrico
4. Gasoil
5. Solar
6. Otro. Especificar: _____

28a. Ubicación del calentador

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

29. ¿Tienes alguno de los siguientes tipos de sistemas de calefacción (en lugar de, o además de calefacción central) en la sala de estar o en el dormitorio de tu hijo/a? Marca todas las que correspondan.

| | Sala de estar/salón | Dormitorio |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Gas natural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gas butano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gas propano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Chimenea abierta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Estufa de leña cerrada o chimenea cerrada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Eléctrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otros. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. ¿Tienes aire acondicionado en tu vivienda actualmente?

1. Sí
0. No

31. ¿Has tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?

1. Sí → cumplimentar la tabla
0. No → pasa a la pregunta 32

| Solo de aquellos que tienes o has tenido en los últimos 12 meses | ¿Tienes ahora? | ¿Número de meses? (mínimo 6) | ¿Viven o vivían en casa? | ¿Duermen o dormían en la habitación del niño/a? |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Perro/s (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Gato/s (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Pájaro/s (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hámster/s (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otros 1: _____ (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otros 2: _____ (n=____) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

USO DE PESTICIDAS EN LA VIVIENDA

32. Tu casa, ¿Tiene jardín, huerto o corral con plantas? (no incluir balcones o terrazas)

1. Sí
0. No → pasa a la pregunta 34

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

1. Sí
0. No → pasa a la pregunta 34

33a. ¿Con qué frecuencia?

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

33b. ¿Guardáis los productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc) en casa?

1. Sí
0. No

34. En los últimos 12 meses, ¿Has utilizado insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en el interior de tu casa? (incluye balcones o terrazas)

1. Sí
0. No → pasa a la pregunta 35

34a. ¿Qué tipo de insecticida utilizas (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

| | Frecuencia | Dormitorio niño/a | Resto de la casa |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. Sprays insecticidas | <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...) | <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c. Trampas con producto químico (ej. para las cucarachas) | <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d. Polvos insecticidas | <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e. Otros. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

L. PUBERTAD

ESCALA DE DESARROLLO PUBERAL (PDS) *Instrucciones: Los chicos y las chicas pasan por varias fases de desarrollo a diferentes edades. Algunos chico/as empiezan antes y otros más tarde. En las siguientes preguntas, marca por favor, la opción que mejor describa a tu hijo/a. En el caso de que no conocieráis alguna de las preguntas rogamos abstenerse a contestarlas.*

| CHICOS Y CHICAS | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1. ¿Dirías que su crecimiento en estatura ha comenzado (ha empezado a dar el estirón)? <i>(estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, sin duda | <input type="checkbox"/> Desarrollo completado | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 2. En relación al crecimiento del vello corporal: ¿Dirías que el vello corporal le ha empezado a crecer? <i>(vello corporal = axila o vello púbico)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, bastante | <input type="checkbox"/> Desarrollo completado | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 3. ¿Has notado algún cambio en su piel, especialmente granos (acné)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, bastante | | | |
| 4. ¿Crees que su desarrollo ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros chicos/as de su edad? | <input type="checkbox"/> Mucho más temprano | <input type="checkbox"/> Un poco antes | <input type="checkbox"/> Sobre la misma edad | <input type="checkbox"/> Un poco más tarde | <input type="checkbox"/> Mucho más tarde | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| CHICOS | | | | | | |
| 5. ¿Ha notado una profundización (tono de voz más grave) en su voz? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, bastante | <input type="checkbox"/> Desarrollo completado | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 6. ¿Le ha empezado a crecer vello en la cara? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, bastante | <input type="checkbox"/> Desarrollo completado | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| CHICAS | | | | | | |
| 7. ¿Le han empezado a crecer los pechos? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí, un poco | <input type="checkbox"/> Sí, sin duda | <input type="checkbox"/> Desarrollo completado | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 8. ¿Ha empezado a menstruar (le ha venido la regla)? | 0. <input type="checkbox"/> No | 1. <input type="checkbox"/> Sí | | | | <input type="checkbox"/> NS/NC |
| 8.a ¿Cuál fue la fecha de su primera menstruación? | Día _____ | Mes _____ | Año _____ | | | |
| 8.b Si no sabes la fecha, ¿qué edad tenía? | _____ años | | | | | |
| 8.c ¿Cuándo tuvo la última menstruación (indicar el primer día)? | Día _____ | Mes _____ | | | | |
| 8.d Duración de la menstruación | _____ días | | | | | |
| 8.e ¿Tiene sangrado entre periodos? | 0. <input type="checkbox"/> No | 1. <input type="checkbox"/> Sí | | | | |
| 8.f ¿La menstruación es cada 28-30 días (regular) o son ciclos irregulares? | 0. <input type="checkbox"/> Regular | 1. <input type="checkbox"/> Irregular | | | | |
| 8.g ¿Tiene dolor durante los periodos menstruales? | 0. <input type="checkbox"/> No | 1. <input type="checkbox"/> Sí | | | | |
| 9. ¿Se ha diagnosticado a su hijo/a pubertad precoz por un especialista? | <input type="checkbox"/> Sí Edad _____ <input type="checkbox"/> No | 9a. En caso afirmativo, ¿Tomó algún tratamiento y durante cuánto tiempo? | | <input type="checkbox"/> Sí Nombre del fármaco: _____ Tiempo de uso (fecha inicio/fin): _____ <input type="checkbox"/> No | | |
| 10. ¿Se le ha diagnosticado a su hijo/a pubertad tardía por un especialista? | <input type="checkbox"/> Sí Edad _____ <input type="checkbox"/> No | 10a. En caso afirmativo, ¿Tomó algún tratamiento y durante cuánto tiempo? | | <input type="checkbox"/> Sí Nombre del fármaco: _____ Tiempo de uso (fecha inicio/fin): _____ <input type="checkbox"/> No | | |

Nota: Si responde "Sí" a la pregunta 9a y no recuerda el fármaco, los tres medicamentos más comunes (entre paréntesis marca comercial) son: Acetato de leuprorelina (Lupron Depot), Triptorelina (Trelstar, Triptodur Kit) e Implante de histrelina (Vantas). Otros posibles medicamentos son: Hormona del crecimiento, Ciproterona, Medroxiprogesterona, Testolactona y Ketoconazol.

Has acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por tu colaboración!