

a) IDNUM NIÑO: b) FECHA CUESTIONARIO: __/__/____ c) ENTREVISTADOR: _____

ENTREVISTADO Madre Padre Otro (especificar): _____

SOCIODEMOGRAFÍA

1. Actualmente está:

- (1) Casado/a (primeras nupcias)
- (2) Casado/a (segundas nupcias)
- (3) Soltero/a (nunca te has casado)
- (4) Separado/a (pero todavía casado/a legalmente)
- (5) Divorciado/a
- (6) Viudo/a

2. Actualmente está:

- (1) Viviendo con el otro progenitor de la criatura (padre/madre)
- (2) Viviendo con otro/a compañero/a
- (3) No vive en pareja – pero está una relación (p.e. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
- (4) No está ni viviendo en pareja ni está en una relación

3. Desde el último cuestionario, ¿se ha trasladado? (2) No (1) Si, actualizar información

Dirección actual:.....

Ciudad:..... CP:.....

4. Desde el último cuestionario, ha habido algún cambio en:

- 4.1 ¿Su estado civil? (2) No (1) Si, especifique: 4.1a.....
- 4.2 ¿Su situación laboral o la de su pareja? (2) No (1) Si, especifique 4.2a.....

5. Desde el último cuestionario, ¿hubo algún nuevo nacimiento en su familia? (2) No (1) Si __/__/__

PREGUNTAS DE SALUD

¿Ha padecido?	1. MADRE			2. PADRE		
	a. (1) Sí (2) No	b. Edad Inicio	c. Diagnóstico (1) Por el doctor (2) Por ella misma (3) Por ambos	a. (1) Sí (2) No	b. Edad Inicio	c. Diagnóstico (1) Por el doctor (2) Por él mismo (3) Por ambos
6. Eczema						
7. Asma						
8. Rinitis Alérgica						

9. Comparado con los niños/as de su edad, ¿podría decir que la salud de su hijo es?

- (1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) Mala (9) NS/NC

10. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad aguda o crónica?

	Si, especifica	No	NS		Si, especifica	No	NS
1. Neurológica	(1)	(2)	(9)	6. Cardíaca	(1)	(2)	(9)
2. Respiratoria	(1)	(2)	(9)	7. Uro-genital	(1)	(2)	(9)
3. Sist. Endocrino	(1)	(2)	(9)	8. Musculo-esquelética	(1)	(2)	(9)
4. Digestiva	(1)	(2)	(9)	9. Cirugía	(1)	(2)	(9)
5. Lesión de piel	(1)	(2)	(9)	10. Otro	(1)	(2)	(9)

11. ¿Usa o ha usado gafas correctoras? (1) Sí (2) No (9) NS/NC
 11.1 ¿Desde **cuándo**? a. Desde ____ años b. hasta ____ años (98 actualmente utiliza)
 11.2 **Motivo** del uso: _____
 11.3 **Dioptías**: a. OD ____ b. OI ____

12. ¿Ha sido su hijo/a **diagnosticado**, en algún momento, por un oftalmólogo de...?

ENFERMEDAD/ CONDICIÓN	a. Edad de dx	b. ¿La padece actualmente?	c. TRATAMIENTO ACTUAL
1. MIOPIA	(1) Sí (2) No (9)	(1) Sí (2) No (9)	
2. ESTRABISMO	(1) Sí (2) No (9)	(1) Sí (2) No (9)	
3. ASTIGMATISMO	(1) Sí (2) No (9)	(1) Sí (2) No (9)	
4. OJO VAGO	(1) Sí (2) No (9)	(1) Sí (2) No (9)	
5. OTROS (esp)	(1) Sí (2) No (9)	(1) Sí (2) No (9)	

ASMA/PITOS

(Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada. Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre).

13. ¿Ha tenido su hijo/a **pitos** o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses? (1) Si (2) No → pasar a 15

14. En caso afirmativo, en los últimos 12 meses ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido su hijo/a?
 (0) Ninguno (1) De 1 a 3 (2) De 4 a 12 (3) Más de 12 (9) NS/NC

15. En los últimos 12 meses, ¿Con qué **frecuencia**, de promedio, se ha despertado su hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho? (0) Nunca (1) <1 noche/ semana (2) 1 ó + noches/ semana (9) NS/NC

16. En los últimos 12 meses, ¿Han sido alguna vez los pitos tan graves como para **limitar el habla** de su hijo/a a una o dos palabras entre una respiración y otra? (1) Si (2) No (9) NS/NC

17. En los últimos 12 meses, ¿Ha notado pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a al respirar durante o después de hacer **ejercicio**? (1) Si (2) No (9) NS/NC

18. ¿Han sido estos pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a acompañados por un ataque de falta de aliento (disnea) al menos una vez en los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

19. En los últimos 12 meses, ¿cuántos ataques de **falta de aliento** ha tenido su hijo/a?
 (0) Ninguno (1) De 1 a 3 (2) De 4 a 12 (3) Más de 12 (9) NS/NC

20. ¿Ha sido el **sueño** de su hijo/a **interrumpido** por un ataque de falta de aliento (disnea) en los últimos 12 meses? (2) No (1) Si (9) NS/NC
 20a. ¿Con qué **frecuencia**? (1) <1 noche/ sem (2) 1 ó + noches/ sem (9) NS/NC

21. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a **dificultades respiratorias** (opresión en el pecho, falta de aliento)? (1) Si (2) No (9) NS/NC

22. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a **tos seca** por la noche, a parte de tos asociada a resfriado o a infección en el pecho? (1) Si (2) No (9) NS/NC

23. ¿Ha sido su hijo/a **diagnosticado** por un doctor de tener **asma**? (1) Si (2) No (9) NS/NC

24. En los últimos 12 meses, ¿Con que frecuencia ha sido su hijo/a interrumpido/a por tos/pitos/silbidos/dificultades respiratorias mientras realizaba **ejercicio**?
 (0) Nunca (1) Casi nunca (<5% de las veces) (2) < ½ de las veces
 (3) > ½ de las veces (4) Siempre o casi siempre (incluye no hacer ejercicio debido a los síntomas)
 (5) No hace ejercicio por otras razones (9) NS/NC

25. ¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) durante los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

a. Nombre del medicamento	b. Frecuencia semanal	c. Dosis	d. Veces al día
1.			
2.			

(Se incluyen cualquier tipo de inhaladores, nebulizadores, comprimidos o medicamentos líquidos)

26. ¿Con qué frecuencia tuvo que ver a un médico o acudir a un hospital con su hijo urgentemente debido a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) en los últimos 12 meses? Nº: _____

TOS/FLEMA

27. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a habitualmente el pecho cargado o tos con expectoración (mocos) en los resfriados? (1) Si (2) No (9) NS/NC

28. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a habitualmente el pecho cargado o tos con expectoración (mocos) cuando no estaba resfriado/a? (1) Si (2) No (9) NS/NC

29. En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un doctor que su hijo/a ha tenido una infección en el pecho? (1) Si (2) No (9) NS/NC

RINITIS ALÉRGICA

30. En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿Ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mocosa SIN estar resfriado/a ni con gripe? (1) Si (2) No → pasar a 29

30.1 Por favor, especifique que síntomas ha tenido su hijo/a en los últimos 12 meses cuando NO ha estado resfriado/a o con gripe (puede escoger varias respuestas).

a. Estornudos: (1) Si / (2) No b. Nariz mucosa: (1) Si / (2) No c. Nariz bloqueada: (1) Si / (2) No

30.2 En los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿Ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos? (1) Si (2) No (9) NS/NC

30.3 ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (varias respuestas).

- Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio
 Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

31. En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿Ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionado con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? (Puede escoger varias respuestas).

- a. Animales/ polvo/ ácaros (1) Si (2) No (3) No sabe
 b. Hierbas, árboles, flores (1) Si (2) No (3) No sabe
 c. Humo de tabaco (1) Si (2) No (3) No sabe
 d. Polvo de casa (1) Si (2) No (3) No sabe
 e. Contaminantes del aire (1) Si (2) No (3) No sabe
 p.e. tubo de escape, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes
 f. Otros, especifique: (1) Si (2) No (3) No sabe

32. ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos, comprimidos, sprays nasales o gotas para los ojos para la alergia nasal/ rinitis alérgica en los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

a. Nombre del medicamento	b. Frecuencia semanal	c. Dosis	d. Veces al día
1.			

2.			
----	--	--	--

33. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado/a por un doctor de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo...) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)? (1) Si (2) No (9) NS/NC

DERMATITIS ATÓPICA

34. ¿Ha tenido su hijo/a la piel seca en los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

35. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venia durante al menos 6 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

36. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venia de manera intermitente en los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

Si la respuesta es **NO** en las preguntas 33 y 34, vaya a la pregunta 39.

37. ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? Por favor, señale todas las que correspondan:

- a. Los pliegues de los codos (1) Si (2) No (9) NS/NC
- b. Detrás de las rodillas (1) Si (2) No (9) NS/NC
- c. Delante de los tobillos (1) Si (2) No (9) NS/NC
- d. Debajo de las nalgas (1) Si (2) No (9) NS/NC
- e. Alrededor del cuello, las orejas o la cara (1) Si (2) No (9) NS/NC

38. Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante los últimos 12 meses? (1) Si (2) No (9) NS/NC

39. ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió el eczema de su hijo, o la erupción cutánea? (puede escoger varias respuestas)

- Enero
- Abril
- Julio
- Octubre
- Febrero
- Mayo
- Agosto
- Noviembre
- Marzo
- Junio
- Septiembre
- Diciembre

40. En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia promedio, ha estado su hijo/a despierto/a por la noche por culpa de esta erupción con picazón?

- (0) Nunca
- (1) <1 noche/ semana
- (2) 1ó+ noches/ semana
- (9) NS/NC

41. Su hijo/a, ¿ha sido diagnosticado/a alguna vez por un médico de eczema/ dermatitis atópica? (1) Si (2) No (9) NS/NC

42. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)? (1) Si (2) No (9) NS/NC 42.1 ¿a qué edad le apareció por primera vez? ____ Años.

43. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias? (puede elegir varias respuestas, marque todas las sustancias que le hayan provocado eczema)

- a. Objetos metálicos a. Especifique: _____
(p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares)
- b. Bisutería (pendientes, anillos...)
- c. Colorantes
- d. Productos cosméticos, perfumes o fragancias
- e. Champú o acondicionador
- f. Jabón
- g. Ropa
- h. Látex, goma/plásticos (p.e. guantes de goma/plástico, globos)
- i. Otros materiales; por favor, especifique: _____
- j. No, no con ningún material

REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS

44. ¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras comer un alimento en particular?

(1) Si (2) No (9) NS/NC

	1. Fruta, verduras	2. Leche	3. Huevo blanco	4. Frutos secos	5. Cacahuetes	6. Pescado	7. Marisco	8. Otro alimento (esp)
a. Hinchazón de cara	<input type="checkbox"/>							
b. Hinchazón de labios	<input type="checkbox"/>							
c. Edema de Quincke	<input type="checkbox"/>							
d. Erupción generalizada	<input type="checkbox"/>							
e. Vómito o diarrea	<input type="checkbox"/>							
f. Sensación de falta de aliento	<input type="checkbox"/>							
g. Desfallecimiento	<input type="checkbox"/>							
h. Pérdida de consciencia	<input type="checkbox"/>							

45. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando ocurrió la reacción alérgica por primera vez? _____ años

46. ¿Continúa presentando su hijo/a esta reacción alérgica tras tomar el alimento (en el caso de que dicho alimento NO se haya retirado de la dieta de su hijo/a)? (1) Si (2) No (9) NS/NC

47. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a visitado/a por un doctor por reacciones alimentarias, que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio?

(Por favor marque los que correspondan)	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
47.1 - Si, por un médico de cabecera o un pediatra	0	1	2	3
47.2 - Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	0	1	2	3
47.3 - Otros (especifique).....	0	1	2	3

48. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción alimentaria adversa? _____ veces (Si «no hospitalización», responda 0)

49. ¿Ha recibido alguna vez su hijo/a inyecciones especiales u otros tratamientos contra la alergia (“vacuna alérgica”), inmunoterapia, hiposensibilización, y desensibilización? (1) Si (2) No (9) NS/NC

49.1. En caso afirmativo, ¿Qué alérgeno y cuando?

- 1er tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años

Contra qué alérgeno(s) _____/ Desconocidos

- 2º tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años

Contra qué alérgeno(s) _____/ Desconocidos

REACCIONES ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS

50. ¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras tomar un medicamento en particular?

(1) Si (2) No (9) NS/NC

Reacción	Hinchazón de cara	Hinchazón de labios	Edema Quincke	Erupción generalizada	Vómito/diarrea	Sensación falta de aliento	Desfallecimiento	Pérdida consciencia
1. Medicamento	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h
2. Medicamento	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h

51. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a visitado/a por un doctor por reacciones medicamentosas, que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio?

(Por favor marque los que correspondan)	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
51.1 - Si, por un médico de cabecera o un pediatra	0	1	2	3
51.2 - Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	0	1	2	3
51.3 - Otros (especifique).....	0	1	2	3

52. En los últimos 12 meses, ¿con qué **frecuencia** ha sido su hijo/a **hospitalizado/a** debido a una reacción medicamentosa adversa? _____ veces (Si «no hospitalización», responda 0)

REACCIONES ALÉRGICAS VACUNAS

53. ¿Ha tenido su hijo/a una o varias **reacciones anormales** tras una **vacunación**? (1) Sí (2) No (9) NS/NC

Reacción	Hinchazón de cara	Hinchazón de labios	Edema Quincke	Erupción generalizada	Vómito/diarrea	Sensación falta de aliento	Desfallecimiento	Pérdida conciencia
1. Vacuna	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h
2. Vacuna	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h

54. En los últimos 12 meses, ¿con qué **frecuencia** ha sido su hijo/a visitado/a por un **doctor** por reacciones a vacunas, que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio?

(Por favor marque los que correspondan)	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
54.1 - Si, por un médico de cabecera o un pediatra	0	1	2	3
54.2 - Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	0	1	2	3
54.3 - Otros (especifique).....	0	1	2	3

55. En los últimos 12 meses, ¿con qué **frecuencia** ha sido su hijo/a **hospitalizado/a** debido a una reacción adversa a una vacuna? _____ veces (Si «no hospitalización», responda 0)

56. ¿Ha tenido su hijo/a una o varias **reacciones anormales** tras una **picadura de insecto**? (Varias opciones)
(1) Sí (2) No (9) NS/NC

- Hinchazón de cara
- Erupción generalizada
- Desfallecimiento
- Hinchazón de labios
- Vómito o diarrea
- Pérdida de conciencia
- Edema de Quincke
- Sensación de falta de aliento
- Hinchazón excesiva alrededor de picadura

AMBIENTE INTERIOR

57. ¿Utiliza **cocina de gas** para cocinar? (1) Si (2) No (9) NS/NC

58. ¿Tiene **campana** de extracción encima de la encimera? (1) Si (2) No (9) NS/NC

58.1 En caso afirmativo, ¿cuando cocina **utiliza** el extractor?
(1) Todo el tiempo (2) Casi todo el tiempo (3) Nunca

59. ¿Considera que su casa o su piso tiene **humedades**? (1) Si (2) No (9) NS/NC

60. ¿Hay **moho** o manchas de moho es su vivienda (exceptuando en la comida)? (1) Si (2) No (9) NS/NC

60.1 En caso afirmativo, ¿en qué **habitaciones** de su piso o casa? (Varias opciones)
(1) Habitación del niño/a (2) Otras partes de la vivienda (3) Sótano

61. Actualmente ¿**Fuma** la **madre del niño/a**? (1) Si (2) No (9) NS/NC

61.1 ¿**Cuantos** cigarrillos fuma la madre del niño/a en promedio?
(1) ____ cigarrillos/semana (2) ____ cigarrillos/día
61.2 ¿Fuma la madre del niño/a en el **interior** de la **vivienda**? (1) Si (2) No (9) NS/NC
Si fuma **ocasionalmente**, número de cigarrillos/semana en el interior de la vivienda: __
Si fuma **regularmente** (a diario), número de cigarrillos/semana en el interior de la vivienda: __

62. Actualmente ¿**Fuma** el **padre del niño/a**? (1) Si (2) No (9) NS/NC

62.1 ¿**Cuantos** cigarrillos fuma el padre del niño/a en promedio?
(1) ____ cigarrillos/semana (2) ____ cigarrillos/día
62.2 ¿Fuma el padre del niño/a en el **interior** de la **vivienda**? (1) Si (2) No (9) NS/NC
Si fuma **ocasionalmente**, número de cigarrillos/semana en el interior de la vivienda: __

Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos/semana en el interior de la vivienda: __

63. ¿Hay otras personas (exceptuando el niño/a) que fumen en el interior de la vivienda?

(1) Si (2) No (9) NS/NC

Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos/semana en el interior de la vivienda: __

Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos/ semana en el interior de la vivienda: __

64. Durante el día, con que frecuencia se encuentra su hijo/a en un espacio cerrado (p.e. vehículo) donde la gente fuma:

	Nunca	<1 hora	1-2 horas	3-5 horas	> 5 horas	Todo el tiempo
a. Días de la semana (Lunes-Viernes)	0	1	2	3	4	5
b. Fines de Semana	0	1	2	3	4	5

ACTIVIDAD FÍSICA

65. ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, EXCLUIDA la siesta? _____ horas.

66. ¿Cuántos minutos de siesta suele dormir al día? a. Colegio: _____ min. b. Casa: _____ min.

67. ¿Cuántas horas ve su hijo/a la televisión o DVDs/ día? a. Semana: _____ h. b. Finde: _____ h.

68. Fuera del colegio, ¿cuánto tiempo/ día dedica el niño/a a juegos o actividades sedentarias, excluyendo TV/ DVDs? (ej. puzzles, libros, muñecas, videojuegos/ordenador, deberes)

a. Semana: _____ h.min

b. Finde: _____ h.min

69. ¿Suele su hijo/a jugar a la Wii-Sport? (1) Nunca/ casi nunca (2) <1h/ semana (3) 1-2h/ sem (9) NS/NC (4) 3-4h/ semana (5) 5-6h/ semana (6) ≥ 7h/ sem

70. Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas EXTRAESCOLARES realiza su hijo/a?

Especifique la duración de cada actividad por día.

Ej. Clases de baile/natación o correr, ir en bici, patinar, ir de excursión*, etc. (Excluir Wii y el viaje al colegio).

*Excursión (consigna para las enfermeras): contabilizar las horas que el/la niño/a camina durante la excursión.

Si el/la niño/a va dos veces al mes de excursión (con los padres, esplai, centro Scout, centro excursionista) tenéis que extrapolar las horas que el niño realiza la actividad física por semana.

Ej. Si el/la niño/a camina un total de 6h (3h/ 2 sábados al mes) se contará como 1h 30min a la semana.

Día	a. Actividad	b. Tiempo	c. Actividad	d. Tiempo	e. Actividad	f. Tiempo
1. Lunes						
2. Martes						
3. Miércoles						
4. Jueves						
5. Viernes						
6. Sábado						
7. Domingo						

71. Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas realiza su hijo/a dentro del horario escolar?

Especifique la duración de cada actividad por día.

Actividad física incluye todas aquellas actividades programadas desde las clases de educación física (gimnasia), natación hasta clases de baile y recreo.

Día	a. Actividad	b. Tiempo	c. Actividad	d. Tiempo	e. Actividad	f. Tiempo
1. Lunes						
2. Martes						
3. Miércoles						
4. Jueves						
5. Viernes						
6. Sábado						

7. Domingo						
------------	--	--	--	--	--	--

72. ¿Sabe usted a qué suele **jugar** su hijo en el **recreo/patio**? (1) Sí (2) No (9) NS/NC

72.1 En caso afirmativo, su hijo/a suele:

- | | |
|--|--|
| (1) Estar sentado/a hablando, leyendo etc. | (4) Correr y jugar bastante |
| (2) Estar o pasear por el patio | (5) Correr y jugar intensamente todo el tiempo |
| (3) Correr y jugar a ratos | (9) NS/NC |

73. ¿Normalmente **como va y vuelve** el niño/a del colegio?

* Sí camina más de 10 min. y usa dos medios distintos, especificar los dos.

** Sí después del colegio hace una actividad extraescolar o va a otra casa (abuelos), contar el tiempo que utiliza (y transporte) desde el colegio al lugar de la actividad y desde el lugar de la actividad a casa.

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| (1) Caminando | min. /día: (ir _____ volver _____) |
| (2) En bus | min. /día: (ir _____ volver _____) |
| (3) En coche/ taxi | min. /día: (ir _____ volver _____) |
| (4) En tren | min. /día: (ir _____ volver _____) |
| (5) En bicicleta llevado/a | min. /día: (ir _____ volver _____) |
| (6) Otro _____ | min. /día: (ir _____ volver _____) |

74. ¿Dónde suele **jugar al aire libre** (indicar el más frecuente)?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| (1) Parque infantil | (2) Calle peatonal | (3) Patio o terraza de casa |
| (4) Otro parque (no infantil) | (5) Otro _____ | (9) NS/NC |

75. ¿A qué **distancia** está de su casa utilizando el modo más frecuente de transporte?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| (1) Caminando _____ min. | (2) En coche/ taxi _____ min. | (3) En bus _____ min. |
| (4) En bici _____ min. | (5) Otro _____ min. | |

76. ¿Cuáles son las 2 **actividades/ deportes** más comunes en su hijo/a?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--------------------|--------------|----------------|
| (1) Bicicleta/ triciclo/ patinete | (2) Fútbol | (3) Correr/ Saltar | (4) Natación | (5) Otro _____ |
|-----------------------------------|------------|--------------------|--------------|----------------|

77. Considerando toda la actividad física que realiza el niño/a, ¿le **considera**?

- (1) **Sedentario**: sentado casi siempre, sin práctica de AF o deportes.
- (2) **Poco activo**: actividades sentadas, escasa AF o deportes.
- (3) **Moderadamente activo**: poco tiempo sentado, ligera AF o deportes.
- (4) **Bastante activo**: casi siempre de pie, frecuente AF o deportes.
- (5) **Muy activo**: siempre en pie/ moviéndose, intensa AF o deportes a diario.
- (9) NS/ NC

78. ¿Cuánto tiempo dedican/ semana los **padres** a realizar algún tipo de **actividad física**?

	Casi nunca	≤ ½ h/sem	> ½ h/sem	1-2 h/sem	>2-4 h/sem	>4-7 h/sem	>7 h/sem
1. MADRE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2. PADRE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

79. Frecuencia con la que acude a la playa _____ veces/año

80. Identificar la playa más frecuente a la que acude: _____

COMPORTAMIENTO

81. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de **TDAH** (T. Déficit Atención y/o Hiperactividad)? Sí/ No/ NS

79.1. En caso afirmativo, ¿Toma su hijo/a alguna **medicación**? Sí/ No/ NS

79.2 Especifique el tipo de medicación: _____ Dosis: _____ Veces/Día: _____

82. ¿Está su hijo/a diagnosticado/a de otro **trastorno de comportamiento**? Sí/ No/ NS

80.1 Especifique el tipo _____ Ej. Autismo, trastorno bipolar, Sd. de Asperger, etc

80.2. ¿Toma alguna **medicación**? Sí/ No/ NS

80.3 Especifique el tipo de medicación: _____ Dosis: _____ Veces/Días: _____

OTRAS INMUNIZACIONES E INFECCIONES

83. Desde último cuestionario/visita, ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades infecciosas:

	(1) Si (2) No	1.1 Edad (años/meses)	1.2 Requirió consulta con el doctor (1) Si (2) No
(1) Varicela			
(2) Sarampión			
(3) Paperas			
(4) Rubéola Tos ferina			
(5) Escarlatina			
(6) Mononucleosis morbiliforme			
(7) Enfermedad de las parótidas			
(8) Enfermedades exantemáticas			