

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Completado por:  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REDONDEANDO LA RESPUESTA CON UN CÍRCULO, OMITA LAS CASILLAS, LAS RELLENARÁ LA PERSONA QUE LE ATENDERÁ.**

**IG.-INFORMACIÓN GENERAL**

IG1

**1. En la actualidad, ¿cuál es el estado civil de la MADRE?**

1. Casada
2. Pareja estable (no casada)
3. Soltera (nunca se ha casado)
4. Separada (pero todavía legalmente casada)
5. Divorciada
6. Viuda
7. Otros, especificar:.....

**2. En la actualidad, ¿cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vive la MADRE?** IG2

1. Vive con el padre del niño/a del proyecto. → **(pasar a Nivel Educativo)**
2. Vive con otra pareja.
3. No vive con otra pareja pero si tiene una relación de pareja (ej. La pareja vive en el extranjero o en otra propiedad).
4. No vive con otra pareja y no tiene una relación de pareja (Vive sola con su hijo/a o hijos/as)
5. Vive con los abuelos del niño/a del proyecto.
6. Otros, especificar.....

**3. ¿Con qué frecuencia ve el/la niño/a su PADRE?**

IG3

1. El padre tiene la custodia del/la niño/a
2. El/la niño/a no vive con su padre, pero se ven diariamente
3. 2-3 días a la semana
4. Custodia compartida
5. Fines de semana y vacaciones
6. Fines de semana alternos
7. Una vez al mes
8. Menos de una vez al mes
9. Otra, especificar.....

**NE.-NIVEL EDUCATIVO****1. En la actualidad, ¿qué nivel de estudios ha finalizado la madre del niño/a?**NE1 

1. No sabe leer ni escribir
2. Sin estudios o estudios primarios incompletos
3. Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
4. Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
5. Estudios universitarios
6. Otros (especificar).....

NE2 **2. En la actualidad, ¿qué nivel de estudios ha finalizado el padre del niño/a?**

1. No sabe leer ni escribir
2. Sin estudios o estudios primarios incompletos
3. Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
4. Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
5. Estudios universitarios
6. Otros (especificar).....

**RE.-RENDIMIENTO ESCOLAR****1. ¿A qué curso va su hijo/a? .....de Primaria**RE1 **2. ¿Ha repetido curso alguna vez?**RE2 

0. No
1. Sí      ¿Cuántas?.....vez/veces

**3. ¿A qué tipo de escuela asiste en la actualidad?**RE3 

1. Pública      → *(pasar a la pregunta 5)*
2. Concertada
3. Privada

**4. ¿Qué titularidad tiene?**RE4 

1. Laica
2. Religiosa

**5. ¿Asiste a clases de apoyo o refuerzo? (Marcar más de una opción si es necesario)**RE5 

0. No
1. Sí, en la escuela
2. Sí, fuera de la escuela

**6. En general, el/la niño/a necesita hacer los deberes del colegio en casa con un adulto**

RE6

- 0. Nunca
- 1. Casi nunca
- 2. A veces
- 3. A menudo
- 4. Casi siempre
- 5. Siempre

**7. ¿Ha suspendido alguna asignatura durante la ÚLTIMA evaluación?**

RE7

- 0. No
- 1. Sí    ¿Cuál/es?.....

**8. ¿Ha suspendido alguna asignatura durante el curso ANTERIOR? (tener en cuenta TODAS las evaluaciones)**

RE8

- 0. No
- 1. Sí

¿Cuál/es?						
¿Cuántas veces?						

**9. En general (teniendo en cuenta todos los cursos), el rendimiento escolar de mi hijo/a es...**

RE9

- 1. Muy bueno
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Muy malo

**DN. DORMITORIO DEL NIÑO/A**

DN1

**1. Actualmente, el niño duerme:**

1. Solo/a en su habitación (*pasar a PATRONES DE SUEÑO*)
2. Con otras personas en su habitación

**Nº de personas por grupo de edad**

Niños menores de 12 años | \_ |  
 Entre 12-64 años | \_ |  
 Mayor de 65 años | \_ |

**PS.-PATRONES DE SUEÑO**

1. En las siguientes preguntas sobre el sueño de su hijo/a, por favor considere cada pregunta referida en el último año, sin tener en cuenta el periodo de vacaciones.

	Entre semana	Fin de semana
Hora habitual de acostarse		
Hora habitual de despertarse		

PS1


**2. ¿Cuál es la calidad del sueño de su hijo/a?**

	<b>Siempre</b> 7 días a la semana	<b>A menudo</b> (5-6 días a la semana)	<b>A veces</b> (2-4 días a la semana)	<b>Rara vez</b> (1 día a la semana)	<b>Nunca</b> (Menos de 1 día a la semana)
Concilia el sueño a los pocos minutos de intentar dormir					
Se despierta durante la noche					
Parece cansado durante el día					
Moja la cama por la noche					

PS2

**T.-TABACO**

T1

**1. ¿Fuma alguna persona de las que conviven con el niño/a?**

1. Sí      —————>    (pasar a la 1a)  
 0. No     —————>    (pasar pregunta 2)

**1. a ¿Qué cantidad fuma al día? Cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana) En casa se refiere dentro de la casa (la terraza, un patio interior, un jardín, etc., se considera fuera de la casa)**

T1a

	SÍ / NO	1.a total cigarrillos/día	1.b cigarrillos en casa	1.c Fuma en casa en presencia del niño/a	1.d Fuma en el comedor de casa
<b>Madre</b>	SI / NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
<b>Padre</b>	SI / NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
<b>Otro 1:</b>	SI / NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
<b>Otro 2:</b>	SI / NO	_ _ _	_ _ _	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca	1 Sí, a menudo 2 Sí, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

**2. ¿Acude el niño/a a otros lugares donde se fume?**

0. No      —————>    (pasar a PESTICIDAS)  
 1. Sí ¿Cuál?: .....

T2 **2. a Con qué frecuencia:**

1. Menos de una vez por semana
2. Una vez por semana
3. 2-3 veces por semana
4. Más de 3 veces por semana

T2a **2. b ¿Dónde?**

1. Otras casas                      SI / NO
2. Locales de ocio                SI / NO
3. Coche                              SI / NO

T2b

**P.-PESTICIDAS****1 Su casa, ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas? (no incluir balcones o terrazas)**

1. Sí  
 0. No → **(pasar a la pregunta 3)**

P1 **2 ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?**

1. Sí  
 0. No → **(pasar a la pregunta 3)**

P2 **2. a ¿Con qué frecuencia?**

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

P2a **2. b ¿Quién realiza la fumigación?**

1. Padres  
 2. Profesionales  
 3. Otros

P2b **2. c ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: |\_\_|\_\_|\_\_| min.**P2c **2. d Tras o durante la aplicación, ¿su hijo/a permanece en la zona tratada?**

1. Sí. → **(Pasar a la pregunta 2.e)**  
 0. No → Horas de espera tras la aplicación del producto: .....

P2d **2. e ¿Guarda los productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc...) en la casa?**

1. Sí  
 0. No

P2e **2. e .1 ¿Dónde los guarda?**

1. Garaje/trastero  
 2. Exterior  
 3. Otro: .....

P2e1 **3. ¿En los alrededores de su residencia hay algún lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?**

1. Sí  
 0. No → **(pasar a la pregunta 4)**

P3 **3. a ¿A qué distancia?**

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

P3a **4. ¿En los alrededores de su residencia hay alguna zona con actividad agrícola (campos cultivados)?**

1. Sí  
 0. No → **Pasar a la sección de Agua y Alimentación**

P4 **4. a ¿A qué distancia?**

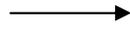
1. Lejos (>200metros)  
 2. Medio (100-200m)  
 3. Cerca (50-100m)  
 4. Muy cerca (<50m)

P4a

**AA AGUA Y ALIMENTACIÓN**

1. ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe actualmente su hijo/a? (indicar un sólo origen, el que usted considere más frecuente)

1. Agua municipal (del grifo)
2. Pozo privado
3. Agua embotellada.
4. Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_
5. No sabe



**Pasar a la pregunta 2**

AA1 

2. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1. Sí Indicar tipo: \_\_\_\_\_
0. No

AA2 

**Señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante el último año.**

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Agua del grifo sin filtrar (1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Agua del grifo filtrada(1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>Cereales</b>									
Cereales de desayuno: ración de 30 gramos (un puñado)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Arroz : ración de 80 gramos (un plato pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Otros cereales (avena, trigo, etc.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>Pescado: Una ración pequeña de pescado equivale a unos 80 gramos</b>									
Derivados de pescado fritos: delicias, barritas, muslitos de mar ( <i>surimi</i> ) (dos unidades)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado BLANCO frito o rebozado (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado BLANCO plancha o hervido: merluza, lenguado, dorada (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Emperador o pez de espada (filete o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Salmón (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado AZUL grande (otros): atún, bonito (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Pescado AZUL pequeño: boquerón o anchoa, sardinas, caballa (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Conservas en aceite de atún (media lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Conservas en aceite de bonito, sardina o caballa (media lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Almejas, mejillones, berberechos y similares (1/2 lata pequeña o ½ ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

## DP.- DESARROLLO DE LA PUBERTAD

CHICAS Y CHICOS						
1. ¿Diría que el crecimiento en estatura de su hijo/a ha comenzado a brotar (dar el estirón)? (brote/estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual)	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP1 <input type="checkbox"/>
2. ¿Y en relación al crecimiento del vello corporal? ¿Diría que el vello corporal de su hijo/a ha empezado a crecer? (vello corporal = Axila o vello púbico)	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP2 <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha notado algún cambio en la piel de su hijo/a, especialmente granos?	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)			DP3 <input type="checkbox"/>
4. ¿Cree que el desarrollo de su hijo/a ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros hijos/niñas de su edad?	0. Mucho más temprano	1. Un poco antes	2. Sobre la misma edad	3. Un poco más tarde	4. Mucho más tarde	DP4 <input type="checkbox"/>
CHICOS						
5. ¿Ha notado una profundización en la voz de su hijo?	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP5 <input type="checkbox"/>
6. ¿Le ha empezado a su hijo a crecer vello en la cara?	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP6 <input type="checkbox"/>
CHICAS						
7. ¿Han empezado a crecer los pechos de su hija?	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP7 <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha empezado a menstruar su hija (le ha venido la regla)?	0. No	1. Sí (Apenas)	2. Sí (Definitivamente)	3. Desarrollo completado		DP8 <input type="checkbox"/>
<b>En caso afirmativo por favor conteste a la siguiente pregunta:</b>						
8a. ¿Cuál fue la fecha de su primera menstruación?				Día _____	Mes _____	DP8a <input type="text"/>
8b. Si no sabe la fecha, ¿qué edad tenía su hija?				_____ años		DP8b <input type="text"/>
8c. ¿Cuándo tuvo la última menstruación (indicar el primer día)?				Día _____	Mes _____	DP8c <input type="text"/>
8d. Duración de la menstruación:				_____ días.		DP8d <input type="text"/>
8e. ¿Tiene sangrado entre periodos?	0. No	1. Sí				DP8e <input type="checkbox"/>
8f. ¿Su menstruación es cada 28-30 días, o son sus ciclos irregulares?	0. Regular	1. Irregular				DP8f <input type="checkbox"/>
8g. ¿Tiene dolor con tus periodos menstruales?	0. No	1. Sí				DP8g <input type="checkbox"/>
9. ¿Cuándo empezó la madre de la niña a menstruar? (edad):				_____ años.		DP9 <input type="text"/>

**¿A lo largo de su vida ha sufrido su hijo/a alguna fractura de brazos-manos-dedos?**

- NO
- Sí → ¿Cuál? .....

**ESH.- ESTADO DE SALUD DE SU HIJO**

**1. Desde la visita de los 9 años (en la clínica odontológica de la Universidad de Valencia), ¿cómo ha sido la salud de su hijo/a en general?**

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala

ESH1

2. ¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes problemas neuropsicológicos?

**a. DÉFICIT O RETRASO MOTOR O MENTAL (INCLUYE PARÁLISIS CEREBRAL)**

1.- ¿Padece actualmente alguno de estos problemas?

C1

0. No \_\_\_\_\_ → Pasar al apartado b (P. de cdta. y aprendizaje)

1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Si ha habido cambios, por favor, anote todos los diagnósticos \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde cuándo?

F0

0. ANTES de la visita de los 9 años \_\_\_\_\_ → Pasar a la pregunta 5

1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

3.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

C3

0. No

1. Sí

4.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

C5

5.- Desde que se detectó el problema, ¿se ha realizado algún seguimiento?

C4

0. No

1. Sí ¿Dónde? (Marcar con una X las opciones que corresponda, no son excluyentes)

- Centro Psicológico y/o especialista médico

Público

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Privado

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Centro escolar

- Otro (especificar)

¿Cuál? \_\_\_\_\_

6.- ¿Está tomando actualmente medicación por este problema?

C2

0. No

1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos \_\_\_\_\_

7.- ¿Está actualmente en seguimiento?

C7

0. No

1. Sí \_\_\_\_\_ → Pasar al apartado b (P. de cdta. y aprendizaje)

8.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

C6

**b. PROBLEMAS DE CONDUCTA (DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD, AUTISMO, S. ASPERGER, ETC.) Y/O APRENDIZAJE (DISLEXIA, DISCALCULIA)**

**1.- ¿Padece o ha padecido alguno de estos problemas?**

C1 

0. No \_\_\_\_\_ → *Pasar al apartado c (Trastornos mentales)*

1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

*Si ha habido cambios, por favor, anote todos los diagnósticos* \_\_\_\_\_

**2.- ¿Desde cuándo?**

F0 

0. ANTES de la visita de los 9 años → *Pasar a la pregunta 5*

1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

**3.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?**

C3 

0. No

1. Sí

**4.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?**

C5 

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

**5.- Desde que se detectó el problema, ¿se ha realizado algún seguimiento?**

0. No

C4 

1. Sí ¿Dónde? *(Marcar con una X las opciones que corresponda, no son excluyentes)*

- Centro Psicológico y/o especialista médico

Público  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Privado  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Centro escolar

- Otro (especificar)  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**6.- ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?**

C2 

0. No

1. Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

*Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos* \_\_\_\_\_

**7.- ¿Está actualmente en seguimiento?**

C7 

0. No

1. Sí \_\_\_\_\_ → *Pasar al apartado c (Trastornos mentales)*

**8.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?**

C6 

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

## c. TRASTORNOS MENTALES (DEPRESIÓN, ANSIEDAD).

## 1.- ¿Padece o ha padecido alguno de estos problemas?

C1 0. No  → Pasar a la siguiente página (Problemas crónicos)

1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Si ha habido cambios, por favor, anote todos los diagnósticos \_\_\_\_\_

## 2.- ¿Desde cuándo?

F0 0. ANTES de la visita de los 9 años  → Pasar a la pregunta 5

1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

## 3.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

C3 

0. No

1. Sí

## 4.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

C5 

## 5.- Desde que se detectó el problema, ¿se ha realizado algún seguimiento?

C4 

0. No

1. Sí ¿Dónde? (Marcar con una X las opciones que corresponda, no son excluyentes)

- Centro Psicológico y/o especialista médico

Público 

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Privado 

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Centro escolar - Otro (especificar) 

¿Cuál? \_\_\_\_\_

## 6.- ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?

C2 

0. No

1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos \_\_\_\_\_

## 7.- ¿Está actualmente en seguimiento?

C7 

0. No

1. Sí  → Pasar a la siguiente página (problemas crónicos)

## 8.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años |\_\_|\_\_| Meses |\_\_|\_\_|

C6

**3 ¿Ha tenido el niño/a alguna enfermedad o problema de salud de larga duración, o de tipo crónico?**

0. No —————→ (FIN DEL CUESTIONARIO)

1. Sí —————→ Indique cuál/es de la siguiente lista (marque con un círculo todas las letras correspondientes):

- A. Diabetes
- B. Colesterol elevado
- C. Jaquecas, migrañas, dolores de cabeza (de tipo crónico)
- D. Epilepsia
- E. Enfermedades del corazón
- F. Enfermedad digestiva crónica (intolerancia digestiva, celiaquía, diarrea crónica, úlcera, hepatitis, etc.)
- G. Retraso del crecimiento en peso y/o talla
- H. Enfermedad renal (insuficiencia renal, síndrome nefrótico, etc.)
- I. Trastornos en huesos, y/o articulaciones y/o musculares.
- J. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc)
- K. Otros de larga evolución (NO incluir los resfriados)

**A continuación, encontrará un pequeño cuestionario para cada uno de los problemas que haya marcado. En cada caso, indique la letra correspondiente e indique el problema específico.**

ESH3



LETRA  PROBLEMA 1 \_\_\_\_\_

## 1.- ¿Desde cuándo?

0. ANTES de la visita de los 9 años → Pasar a la pregunta 4  
 1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

F0 

## 2.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

0. No  
 1. Sí

C3 

## 3.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C5 

## 4.- Desde que se detectó el problema, ¿se ha realizado algún seguimiento?

- Pediatra   
   - Público   
   - Privado   
 -Especialista

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

C4

## 5.- ¿Está tomando actualmente medicación por este problema?

0. No  
 1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

C2

*Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos* \_\_\_\_\_

## 6.- ¿Está actualmente en seguimiento?

0. No  
 1. Sí → Pasar al PROBLEMA 2

C7 

## 7.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C6

LETRA  PROBLEMA 2

## 1.- ¿Desde cuándo?

0. ANTES de la visita de los 9 años → Pasar a la pregunta 4
1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

F0 

## 2.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

0. No
1. Sí

C3 

## 3.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C5 

## 4.- Seguimiento del problema: ¿se le ha realizado?/ ¿ha habido algún cambio en él?

- Pediatra
- Público
- Privado
- Especialista

C4

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

## 5.- ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?

0. No
1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

C2 *Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos* \_\_\_\_\_

## 6.- ¿Está actualmente en seguimiento?

0. No
1. Sí → Pasar al PROBLEMA 3

C7 

## 7.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C6

LETRA  PROBLEMA 3

## 1.- ¿Desde cuándo?

0. ANTES de la visita de los 9 años → Pasar a la pregunta 4
1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

F0 

## 2.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

0. No
1. Sí

C3 

## 3.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C5 

## 4.- Seguimiento del problema: ¿se le ha realizado?/ ¿ha habido algún cambio en él?

- Pediatra
- Público
- Privado
- Especialista

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

C4

## 5.- ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?

0. No
1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

*Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos* \_\_\_\_\_C2 

## 6.- ¿Está actualmente en seguimiento?

0. No
1. Sí → Pasar al PROBLEMA 4

C7 

## 7.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C6

LETRA  PROBLEMA 4 \_\_\_\_\_

## 1.- ¿Desde cuándo?

0. ANTES de la visita de los 9 años → Pasar a la pregunta 4
1. DESPUÉS de la visita de los 9 años

F0 

## 2.- ¿Le ha dicho un especialista o profesional que el/la niño/a tiene este problema?

0. No
1. Sí

C3 

## 3.- ¿Qué edad tenía cuando se le diagnosticó?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C5 

## 4.- Seguimiento del problema: ¿se le ha realizado?/ ¿ha habido algún cambio en él?

- Pediatra
- Público
- Privado
- Especialista

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

C4

## 5.- ¿Está tomando o ha tomado medicación por este problema?

0. No
1. Sí ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

C2 *Si ha habido cambios, por favor, anote todos los medicamentos* \_\_\_\_\_

## 6.- ¿Está actualmente en seguimiento?

0. No
1. Sí → FIN DEL CUESTIONARIO

C7 

## 7.- ¿Qué edad tenía cuando se terminó el seguimiento?

Años | \_ | \_ | Meses | \_ | \_ |

C6