

CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑO 18 MESES

Nº HISTORIA CLINICA NIÑO:

IDNUM NIÑO:

--	--	--	--

FECHA CUESTIONARIO: ___/___/___ H. INICIO: ___:___ H. FIN: ___:___ LUGAR: _____

ENTREVISTADOR: _____

ENTREVISTADO: _____

Estimada Sra., hace más de 18 meses, antes del nacimiento de su hijo/a nos contestó a un cuestionario con preguntas sobre su domicilio, el ambiente en el que Ud. vive, así como sobre algunas actividades cotidianas que realiza. Con el presente cuestionario pretendemos obtener información sobre el ambiente en el que vive su hijo/a. Como verá a continuación, algunas preguntas relacionadas con su residencia o su familia son similares a las que formulamos en el anterior cuestionario (32 s |__|_|_|/|__|_|_| poner fecha). Le rogamos preste la máxima atención, pues en este caso tratamos de averiguar cual es la situación desde el anterior cuestionario, es decir, el periodo que coincide con el final de su embarazo y el momento actual. Las preguntas sobre la vivienda deberá contestarlas referidas a la vivienda en la que reside ahora.

CASA

2. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |__|_|

2. a Madre (1. Sí 2. No)

2. b Padre (1. Sí 2. No)

2. c Hermanos |__|_| Número

2. d Abuelos |__|_| Número

2. e Otros |__|_| Número

2. f Si son niños menores de 12 años especificar número |__| y su(s) edad(es): |__|_| |__|_| |__|_| años

3. ¿Quién es el principal cuidador del niño?

1 Madre

2 Padre

3 Ambos

4 Abuelos

5 Otros

Especificar:.....

4. ¿Acude su hijo/a a la guardería?

1 No

2 Sí, Media jornada

3 Sí, todo el día

→ 4. a Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
Municipio (urbanización)..... CP:.....

4. b ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |__|_| meses

4. c ¿Qué transporte utiliza para llevar a su hijo/a a la guardería?

1 Andando

2 En coche

3 En autobús

4 Otros Especificar:.....

4. d ¿cuánto tarda de casa a la guardería?

5. ¿Acude o acudió su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

1 No

2 Sí, Media jornada

3 Sí, todo el día

SI RESPONDE SÍ HACER CUESTIONARIO COMPLEMETARIO

→ 5. a Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
Municipio (urbanización)..... CP:.....

5. b ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |__|_| meses

5. c Sí ya no acude, ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando dejó de acudir? |__|_| meses

5. d. ¿Qué transporte utiliza/ba para llevar a su hijo/a a la casa dónde le cuidan o cuidaban?

1 Andando

2 En coche

3 En autobús

4 Otros Especificar:.....

6. ¿Hay cambios en su casa respecto a las personas que necesitan cuidados o atención especial?

1 Sí

2 No → Pasar a pregunta 7

→ 6a. Especificar número |__| y edades |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| años.

7. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas?

1 Sí

7a. ¿Cuántas horas a la semana?|__|_| horas/semana

2 No → Pasar a Pregunta 8

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en...?

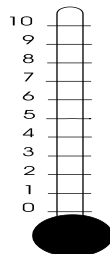
Modificación en:	Sí	No	Si Sí, especificar situación actual
8 La frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa	1	2 → Pasar a p9	8.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
9. Frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)	1	2 → Pasar a p10	9.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
10. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente:	1	2 → Pasar a p12	10.a Distancia actual _ _ _ metros Menor o igual a 50 m.....1 →pasar a p11 Más de 50 m.....2 →pasar a p12

11. No preguntar si no ha habido cambios y sólo si en la anterior (10.a) ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, código 1. **¿Su piso /casa tiene al menos una ventana que dé a una calle en la que el tráfico pasa continuamente?**

- 1 Sí
- 2 No

12. **¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc. procedente del tráfico, la industria etc.)?**

Molestia insoportable



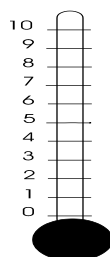
Ninguna molestia

13. **¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?**

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada

14. **¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?**

Molestia insoportable



Ninguna molestia

15. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que:

	15.1 ¿Son habituales?		15.2. Grado de molestia			
	Sí	No	Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	2	1	2	3	4
b. Gente en la calle	1	2	1	2	3	4
c. Tráfico en la calle	1	2	1	2	3	4
d. Vecinos	1	2	1	2	3	4
e. Bares, pubs, discotecas	1	2	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	1	2	3	4
g. Obras (públicas y/o privadas)	1	2	1	2	3	4
h. Otras (especificar).....	1	2	1	2	3	4

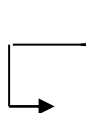
16. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio desde el último cuestionario?

1 No → **Pasar a pregunta 17**

2 Sí, obras

3 Sí, pintado

4 Sí, ambas cosas



16a. Si Sí N° de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |_|_|

17. ¿Tiene o ha tenido animales en el domicilio desde que nació el niño?

1 Sí (completar la tabla)

2 No → **Pasar a pregunta 18**

Animal	Nº	17.b Meses de vida del niño que los ha tenido en su casa																		17.c Frecuencia noches al mes		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1 a 7	> 7	
Perros																					1	2
Gatos																					1	2
Pájaros																					1	2
Otros.....																					1	2
Otros.....																					1	2

0 = No tiene animales 1 = Tiene animales y No duermen con el niño 2 = Tiene animales y duermen con el niño

18. ¿Su vivienda tiene...?:

	Dormitorio del niño		Lugar de juegos (Indicar).....		Otras salas (Indicar):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Cortinas	1	2	1	2	1	2
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone?	_ _		_ _		_ _	
h. Un suelo que sea gres /baldosa	1	2	1	2	1	2
i. Si no es gres o baldosa, ¿qué es?						

DORMITORIO DEL NIÑO/A

19. El bebe duerme actualmente:

1 Sólo /a →

19.1.a ¿A partir de qué mes duerme solo /a? |_|_| → **Pasar a p19.3.**

2 Con otras personas

19.2. a. N° personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella) |_|

19.2.b. N° de personas por grupo de edad

1 menores de 12 años |_|

2 entre 12-64 años |_|

3 Mayor de 65 años |_|

3 En el dormitorio del niño, tiene ventanas que den a: 1 Exterior 2 Interior 3 Sin ventana

19bis. ¿Cuántas horas duerme habitualmente su hijo/a?

a. Por la noche |_|_| horas

b. Después de comer |_|_| horas

19bis1. ¿Cuántas veces se despierta por la noche? |_|_|

20. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo? (no son excluyentes)

01. Lana

02. Espuma

03. Muelles

04. Látex

05. Otros (indicar):.....

06. Ns/Nc

20. a. ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? |_|_| años

21. ¿Ha utilizado almohada a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo?

1 Sí → **Pasar a p21.b.**

2 Sí, pero solo unos meses → **Pasar a p21.a.**

3 No → **Pasar a p22**

21. a. ¿Durante qué meses? Indicar edad (en meses) del niño: De.....a..... (Mes del niño)

21. b. ¿De qué tipo? (no son excluyentes)

01. Lana

02. Espuma

03. Látex

04. Plumas

05. Otros (indicar):.....

99. Ns/Nc

22 ¿Qué tipo de ropa ha utilizado a lo largo del año en la cama /cuna de su hijo? (no son excluyentes)

- 01. Manta
- 02. Edredón de plumas
- 03. Edredón sintético
- 04. Otros (Indicar):.....
- 99. Ns/Nc

25. ¿Ha remodelado la habitación desde el mes previo de nacer el bebé hasta ahora? (no son excluyentes)

- 01. Hemos empapelado las paredes
- 02. Pintado
- 03. Barnizado
- 04. Otros (Especificar).....
- 09. NS/NC

26. ¿Utiliza en la habitación del niño humidificadores?

- 1 Si, de forma habitual
 - 2 Sí, cuando padece problemas respiratorios
 - 3 No → **Pasar a P27**
- 26.a. ¿De qué tipo? 1.- sólo vapor 2.- con esencia

COCINA

En caso de que en la pregunta 5 se haya contestado que el niño pasa en otra casa para que le cuiden al menos 8 horas 5 días a la semana pasar a cuestionario CASA CUIDAR NIÑO" al final del cuestionario

27. ¿Tiene extractor encima de la cocina?

- 1 Sí
- 2 No → **Pasar a p29**

28. Al cocinar ¿usa el extractor?

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

29. Tipo de cocina: (Respuesta única)

- 01. Gas natural
- 02. Gas butano
- 03. Gas propano
- 04. Eléctrica
- 05. Carbón, madera
- Otro:.....

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR AGUA

30.1. ¿En su casa hay?	Sí	No	30.2. Ubicación aparato (indicar):.....
a. Calefacción central	1	2	
b. Calefacción por aire	1	2	
c. Aire acondicionado	1	2	
d. Bomba de calor	1	2	

(Nota Instrucciones: En las opciones a y b se refiere al lugar del generador del calor (caldera etc.), Mientras que en la c sería el lugar exacto del aparato del que sale el aire)

31. Tipo de calefacción:	Dormitorio del niño		Lugar de juegos (Indicar):		Otras salas (Indíquelas):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Gas natural	1	2	1	2	1	2
b. Gas butano (en estufa)	1	2	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2
h. Otros	1	2	1	2	1	2
	Indicar: <input type="text"/>		Indicar: <input type="text"/>		Indicar: <input type="text"/>	

32.1. ¿Cuál de los anteriores combustibles usa para calentar el agua? (Indicar letra)

	SI	NO	Ubicación aparato (Indicar):.....	Existe ventilación (rejilla,...etc.)	
				Sí	No
a. Gas natural	1	2		1	2
b. Gas butano	1	2		1	2
c. Gas propano	1	2		1	2
d. Caldera de aceite /fuel o gasoil	1	2		1	2
e. Eléctrica	1	2		1	2
f. Calentador de parafina /queroseno	1	2		1	2
g. Carbón o madera	1	2		1	2
h. Otros:	1	2		1	2

(Se refiere al lugar de la casa o habitación en la que está instalado el calentador de agua, la caldera etc. Allí dónde se produce la combustión necesaria para calentar el agua. Las posibles respuestas serían el balcón, el baño, la cocina, cuarto trastero exterior a la vivienda, etc.)

LIMPIEZA

33. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa al menos una vez por semana?

	Sí	No	Ns/Nc
a. Lejía	1	2	9
b. Amoniaco	1	2	9
c. Salfuman	1	2	9
d. Desengrasante	1	2	9
e. Disolventes quitamanchas	1	2	9
f. Limpia muebles	1	2	9
g. Limpia cristales	1	2	9
h. productos para alfombras, mantas o cortinas	1	2	9
i. Spray para la mopa del suelo	1	2	9
j. Spray para el horno	1	2	9
k. Ambientadores	1	2	9
l. Spray para planchar	1	2	9
m. Productos de limpieza perfumados	1	2	9
n. Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	9
o. Naftalina u otros antipolillas	1	2	9
Otros productos de limpieza ¿Cuál?.....	1	2	9

33bis. ¿Utiliza algún producto de limpieza con acción antibacteriana?

1. Sí (especificar) →
2. No

Nombre	Motivo	Frecuencia

34. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? (limpieza que incluye suelo, polvo...)

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

35. ¿Tiene aspirador /vaporetta?

- 1 Sí
- 2 No → **Pasar a P.36**

35.a. ¿Con qué frecuencia se pasa el aspirador en su casa?

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

36. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?

	Habitación del niño			Resto de la casa		
	Verano	Invierno	Primavera-otoño	Verano	Invierno	Primavera-otoño
Nada						
< 30 minutos						
30 min.-2 horas						
> 2 horas						

37. ¿Tiene problemas en casa con alguno de los siguientes insectos?

	Sí	No
a. Cucarachas	1	2
b. Moscas y Mosquitos	1	2
c. Hormigas	1	2
d. Otros (especificar).....	1	2

38. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, plagas de las plantas de interior, etc. en el interior de su casa?

1. Sí
2. No → **Passar a p39.1.**

TIPO	Frecuencia	Habitación niño	Resto de la casa
a. Spray insecticida	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, liquido,...)	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
c. Otros (especificar):	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4

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

1. Sí
2. No → **Passar a p39.**

TIPO	Habitación niño	Resto de la casa
a. Spray insecticida	1	1
	2	2
	3	3
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, liquido,...)	1	1
	2	2
	3	3
c. Otros (especificar):	1	1
	2	2

39. ¿Alguna persona de su hogar realiza alguno de los siguientes trabajos, actividades o hobbies en la casa?

		Frecuencia	¿Está el niño en la misma habitación?
Pintura o rotulación	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		
Fotografía y/o revelado con utilización de productos químicos	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		
Utilización algún tipo de pegamento o cola	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		
Modalismo, construcción de maquetas	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		
Bricolaje o pequeñas reparaciones	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		
Otros, indicar cuales:	1. Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1. Sí 2. No
	2. No		

EXTERIOR

40. Su casa, ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas?

1 Sí

2 No → **Pasar a p41**

40. a ¿Ha cambiado la superficie del jardín, huerto o corral desde el anterior cuestionario?

1 Sí 40.a.1 Indicar superficie actual |_|_|_|_| m²

2 No

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

1 Sí

2 No → **Pasar a p41**

40b.1 ¿Con qué frecuencia?

1 Todos los meses

2

Cada 2-3 meses

3 3 veces al año

4

Ocasionalmente

40b.2 ¿Está el niño en el jardín o corral cuando fumigan?

1 Siempre

2 A veces

3 Nunca

40b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: |_|_|_| minutos

40b.4 ¿Guarda productos plaguicidas (*insecticidas, herbicidas, etc.*) en la casa (*interior y exterior*)?

1 Sí

2 No → **Pasar a p41**

40b.4a ¿Dónde los guarda?

1 garaje/trastero

2 exterior

3 otro:.....

40b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

.....

Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en...?

	SI	NO	Si Sí, especificar distancia actual
41. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas	1	2 → Pasar a 42	1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
42. Distancia de su casa a una zona con actividad agrícola (campos de cultivo)	1	2 → Pasar a 43	1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
43. Distancia de su casa a una zona con alguna actividad industrial	1	2 → Pasar a 44	1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)

TABACO

MADRE

44. ¿Fuma en la actualidad?:

1 Sí → **Pasar a p45a**

2 No

44. a. ¿Ha fumado alguna vez desde la última entrevista?

1 Sí → **Pasar a p45b.1.**

2 No → **Pasar a p46**

45a Número de cigarrillos habituales: |_|_|_| cig /semana

45b Desde la última entrevista ¿Ha cambiado su consumo de tabaco?

1 Sí

2 No → **Pasar a p46**

	Cig /semana	Cig /semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _	_ _ _
2. Desde el nacimiento-4 meses de su hijo	_ _ _	_ _ _
3. A partir de los 4 meses	_ _ _	_ _ _
4. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _	_ _ _

45c Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

46. Desde la última entrevista, ¿A qué nivel de humo del tabaco estuvo expuesta en su trabajo durante el tercer trimestre de embarazo?

- 1- Mucho 2- Bastante 3- Poco 4- Nada 5- No trabajó

MARIDO O PAREJA

47. ¿Fuma en la actualidad?:

- 1 Sí → **Pasar a p47 a.2**
- 2 No

47a.1 ¿Ha fumado alguna vez desde la última entrevista?

- 1 Sí → **Pasar a p47c.1**
- 2 No → **Pasar a p48**

47a.2 Número de cigarrillos habituales: |_|_|_|_| cig/semana

47. b Desde la última entrevista ¿Ha cambiado su consumo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No → **Pasar a p47d**

	Cig /semana	Cig /semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _	_ _ _
2. Desde el nacimiento-3 meses de su hijo	_ _ _	_ _ _
3. De 4 – 6 meses	_ _ _	_ _ _
4. A partir del 6 mes	_ _ _	_ _ _
5. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _	_ _ _

47d Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

48. ¿FUMA ALGUIEN MÁS EN CASA?

- 1.- Sí
- 2.- No → **Pasar a pregunta 49.a.**

	Otro (1):.....		Otro (2):	
	cig/semana	cig/semana fumados en casa (interior)	cig/semana	cig/semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
2. Desde el nacimiento-3 meses de su hijo	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
3. 4-6 meses	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4. > 6 meses	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
5. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

48c. Cuando fuma/n en casa, ¿lo hace delante de su hijo?

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

49. a Si su hijo/a es cuidado en otro domicilio, ¿Fuma alguno de los cuidadores?

- 1 Sí.....49.a.1 Si Sí nº de personas que fuman en ese otro domicilio |_|_|_|
- 2 No
- 9 No sabe

49. b Si su hijo/a va a la guardería, ¿Fuma alguno de los cuidadores /personal?

- 1 Sí..... 49.b.1 Si Sí nº de personas que fuman en la guardería |_|_|_|
- 2 No
- 9 No sabe

AGUA, BAÑO Y ASEO

50. ¿Cuál es el origen principal del agua en su casa? (Respuesta única)

01. Agua directa de la red
02. Agua de la red a través de depósito (de la casa o la finca)
03. Pozo privado
04. Otro origen (especificar) _____
- 99 No sabe

51. ¿Con qué frecuencia suele bañar y/o duchar a su hijo?

	Hasta 4 meses		Después de 4 meses	
	Baño	Ducha	Baño	Ducha
Nº veces/semana	□□□	□□□	□□□	□□□
Sí < 1/sem, nº veces/mes	□□□	□□□	□□□	□□□
¿Cuánto rato dura el baño y/o ducha?				

52. ¿Lo suele bañar y/o duchar con agua caliente o fría? (Respuesta única)

	Caliente	Fría	Ambas
Baño	1	2	3
Ducha	1	2	3

53. ¿Lleva a su hijo/a a la piscina?

- 1 Sí
- 2 No → **Pasar a p54**

Nombre de la piscina **descubierta** más frecuentada (si es privada, indicar que es privada):

Dirección	calle	Nº
	código postal	municipio

Nombre de la piscina **cubierta** más frecuentada:

Dirección	calle	Nº
	código postal	municipio

			Verano		Resto del año	
			Nº días / mes	Tiempo (min.)	Nº días / mes	Tiempo (min.)
Piscina descubierta pública				□□□□		□□□□
Piscina descubierta privada	De obra	Se añade cloro: Siempre / Nunca/ A veces/ Ns-NC		□□□□		□□□□
	De plástico	Se añade cloro: Siempre / Nunca/ A veces/ Ns-NC		□□□□		□□□□
Piscina cubierta				□□□□		□□□□

54. Durante este primer año, ¿ha utilizado algún tipo de loción, colonia o champú contra los parásitos o insectos en el aseo de su hijo?

- 1 Sí
- 2 No → **Pasar a p55**

Nombre comercial del producto <i>Ej: Champú pediculicida (Filvit loción®)</i> <i>Loción insecticida (Aután®)</i>	Zona del cuerpo	Frecuencia de uso
1.-	1.Cabeza 2.Brazos y/o piernas 3.Parte superior del cuerpo 4.Parte inferior del cuerpo 5.Todo el cuerpo 6. Otros (Indicar):.....	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes Esporádicamente (nº veces este año): 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces
2.-	1.Cabeza 2.Brazos y/o piernas 3.Parte superior del cuerpo 4.Parte inferior del cuerpo 5.Todo el cuerpo 6. Otros (Indicar):.....	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes Esporádicamente (nº veces este año): 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces

55. ¿Utiliza alguna crema o leche hidratante?

- 1. Sí (especificar) →
- 2. No
- 3. No sabe

Nombre	Uso (zona del cuerpo)	Frecuencia

56 ¿Utiliza toallitas húmedas para la limpieza de su hijo/a?

- 4. Sí (especificar) →
- 5. No sabe

Nombre	Uso (zona del cuerpo)	Frecuencia

PERCEPCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

Por favor, indique cuál ha sido su opinión respecto a las dos preguntas siguientes en los últimos 18 meses

57. De la siguiente lista de problemas relacionados con el medio ambiente, señale los cinco que considera de mayor importancia en el lugar donde usted y su familia viven.

- 01. Contaminación del aire (tráfico de vehículos, industrias, etc.)
- 02. Contaminación del agua de bebida del grifo
- 03. Contaminación de las aguas para uso recreativo (mar, río, etc.)
- 04. Ruido exterior (tráfico de vehículos, industrias, talleres, etc.)
- 05. Deficiencias en desagües o sistemas de evacuación de aguas domésticas (alcantarillas, etc.)
- 06. Proximidad de basureros o lugares de depósito de residuos peligrosos
- 07. Proximidad de industrias molestas, tóxicas o peligrosas
- 08. Proximidad de incineradoras
- 09. Proximidad de zonas de cultivo fumigadas con plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.)
- 10. Proximidad de quemas agrícolas o incendios
- 11. Proximidad de granjas de animales, rebaños, ganado, etc.
- 12. Proximidad a antenas de radiofrecuencia (móviles, radio...)
- 13. Proximidad a líneas de alta tensión
- 14. Contaminación alimentos
- 15. Escasez de zonas verdes
- 16. Suciedad en las calles
- Otros. Especificar:
- 17.
- 18.
- 19.

58. Señale en qué medida considera que afectan negativamente su salud y la de su familia cada uno de los cinco problemas medioambientales que ha señalado en la pregunta anterior:

a. problema	b. Percepción			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada
58.1 __ __	1	2	3	4
58.2 __ __	1	2	3	4
58.3 __ __	1	2	3	4
58.4 __ __	1	2	3	4
58.5 __ __	1	2	3	4

HISTORIAL LABORAL MADRE

L1. Desde el último cuestionario, ¿ha habido alguna modificación respecto a su situación laboral y/o puesto de trabajo?

- 1. SI
- 2. NO → pasar a L6

L2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 01. Trabajadora → pasar a L4
- 02. Parada
- 03. Estudiante
- 04. Baja laboral Por:
- 05. Ama de casa
- 06. Otras (especificar):

L3. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde el último cuestionario?

1. Sí ()
2. No () **CONTINUAR CON HISTORIA LABORAL PADRE, PREGUNTA L8**

L4. ¿Cuál es (o era) la dirección de su lugar de trabajo?

L5. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde el último cuestionario, podría indicarnos.... (Empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo desde que la mujer fue encuestada por última vez)

***Exposiciones:** ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), a contaminantes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas) o a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición.

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones*
Desde..... /				
Hasta..... /				
Desde..... /				
Hasta..... /				
Desde..... /				
Hasta..... /				

L6. ¿Ha disfrutado de permiso por maternidad?

- 1.- Sí
 2.- No → **Pasar a L7**
- L5.a: Semanas que duró el permiso |_|_| y
 - L5.b: Edad del niño, en semanas, cuando se reincorporó al trabajo |_|_|

L7. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por maternidad?

- 1.- Sí;
 2.- No → **Pasar a L8**
- L6.1.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |_|_| y
 - L6.1.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |_|_|

HISTORIAL LABORAL PADRE

L8. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido alguna modificación respecto a la situación laboral y/o puesto de trabajo (incluyendo tareas y exposiciones) del padre?

- 1.- Sí
- 2.- No → **Pasar a L12**

L9. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre?

1. Trabajador → **Pasar a L11**
2. Parado
3. Estudiante
4. Baja laboral Por:
5. Otras (especificar):
9. NS/NC

L10. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha trabajado alguna vez desde el último cuestionario?

- 1.- Sí
- 2.- No **FIN HISTORIA LABORAL PADRE**
- 99.- No sabe **FIN HISTORIA LABORAL PADRE**

L11. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde el último cuestionario, podría indicarnos.... (Empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo desde que la mujer fue encuestada por última vez)

***Exposiciones:** ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), a contaminantes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas) o a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición.

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones*
Desde..... /				
Hasta..... /				
Desde..... /				
Hasta..... /				
Desde..... /				
Hasta..... /				

L12. ¿Ha disfrutado de permiso por paternidad?

- 1.- Sí
 - 2.- No → **Pasar a L13**
-
- L11.a: Semanas que duró el permiso |_|_| y
 - L11.b: Edad del niño, en semanas, cuando se reincorporó al trabajo |_|_|

L13. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por paternidad?

- 1.- Si;
 - 2.- No → **Pasar a Actualización de Datos**
-
- L12.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |_|_| y
 - L12.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |_|_|

ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y CAMBIO DE DOMICILIO

CD.0.Ha habido alguna modificación en sus datos personales

- 1 Sí → Indicar los cambios en el cuadro
- 2 No → **Pasar a CD1.**

CASA ACTUAL		
Calle	Nº	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio		CP
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	
Teléfono móvil:		
Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares)		
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:

CD1. ¿Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario? (Fecha cuestionario S32 ___/___/___)

- 1 Sí
 - 2 No → **(TERMINA EL CUESTIONARIO)**
- CD1.a. ¿Cuándo se ha cambiado? ___/___/___ (Fecha)

CD2. Edad de su casa en años:

- 1.- <5
- 2.- de 5 a 14
- 3.- de 15 a 29
- 4.- >30
- 5.- NS/NC

CD3. ¿Cómo describiría su vivienda?

- 01 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
- 02 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- 03 Un piso (finca) --> **Pasar a pregunta CD5**
- 04 Otros (por favor, especifique)..... --> **Pasar a pregunta CD5**

CD4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?

- 1.- Sí
- 2.- No
- 9.- No procede

→ **CD5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |_|_|**

CD6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s): |_|_|

CD7. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |_|_|_|

CD8. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:

- | | | | |
|------------------------------|------------|------------|---------------|
| a. Salón-comedor | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| b. Dormitorio madre | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| c. Cocina | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| e. Otras: (especificar)..... | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |

En caso de que haya habido 2 o más cambios de vivienda desde el último cuestionario PASAR CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO POR CAMBIO DE CASA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DE VIVIENDA para preguntar sobre la vivienda/s intermedia/s.

En caso de que en la pregunta 5 se haya contestado que el niño pasa (o pasó al menos 2 meses) en otra casa para que le cuiden al menos 40 horas a la semana pasar a "cuestionario CASA CUIDAR NIÑO" ahora