

9-1-200410-10-2005

CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y ESTILO DE VIDA
28-32 SEMANAS DE GESTACION

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Arriba: 1,25 cm, Abajo: 1,5 cm

Con formato: Fuente: 9 pto

CUADERNO DE OBSERVACIÓN DE LA MADRE

MARCO TEMPORAL DE REALIZACIÓN DE CUESTIONARIOS Y RECOGIDA DE DATOS

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

<u>INCLUSION 10-13 SG</u>	<u>CUESTIONARIO GENERAL</u> Historia Laboral Resumida de la Madre Recogida Datos Hª Clínica <u>C. FRECUENCIA ALIMENTARIA 1</u>
<u>VISITA 20 SG</u>	Recogida Datos Hª Clínica
<u>VISITA 28-32 SG</u>	Cambios del Cuestionario General <u>CUESTIONARIO EXPOSICION: LABORAL,</u> <u>AMBIENTAL Y ESTILO DE VIDA</u> <u>C. FRECUENCIA ALIMENTARIA 2</u>
<u>PARTO</u>	Recogida Datos Hª Clínica <u>CUESTIONARIO CONTACTO POSPARTO</u>

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO POR CAMBIO DE CASA (18M)

Con formato: Fuente: 14 pto

Con formato: Fuente: 14 pto

Con formato: Centrado

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO POR CAMBIO DE CASA DURANTE EL EMBARAZO PRIMER AÑO DE VIDA
CUESTIONARIO EXPOSICION AMBIENTAL A CONTAMINANTES
VISITA 28-32 SG

Con este cuestionario complementario quisiéramos obtener información de su anterior vivienda, en concreto sobre el periodo comprendido entre la encuesta de su semana 32 de embarazo y el momento en que se cambió a su nueva vivienda, la actual.

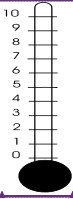
CASA ANTERIOR	
Calle	Nº
Municipio	Piso
CP	
Teléfono casa	Teléfono trabajo
Teléfono móvil	Otro teléfono

Desde el último cuestionario hasta que se cambió de vivienda ¿Hubo alguna modificación en...?

Modificación en:	Si	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 la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos)	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 ≤ a 50 m.....1 → pasar a p11 > 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 tenía al menos una ventana que diera a una calle en la que el tráfico pasaba continuamente?
1. Sí
2. No

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



Molestia insoportable

Molestia

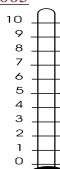
13. ¿Qué nivel de ruido tenía habitualmente en su anterior casa?

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

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

Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Tabla con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Tabla con formato ...
Con formato: Numeración y viñetas ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato: Numeración y viñetas ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...
Con formato ...

9-1-200410-10-2005



Molestia insoportable

Molestia

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Texto independiente, Ninguno

15. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que eran habituales en su casa (puede señalar más de una) y su grado de molestia (en el caso en que sean habituales)

	¿Eran habituales?		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
h. Obras	1	2	1	2	3	4
g. Otras (especificar).....	1	2	1	2	3	4

16. ¿Realizó obras o pintó en su domicilio desde el último cuestionario hasta que se cambió de casa?

- 1 No → Pasar a 17
- 2 Sí, obras
- 3 Sí, pintado 16a. Nº de habitaciones remodeladas (contando cocina y baño(s)): | | |
- 4 Sí, ambas cosas

17. ¿Tenía o había tenido animales en el domicilio desde que nació el niño?

- 1 Sí (completar la tabla)
- 2 No → Pasar a pregunta 18.1

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 tenía...?

	Dormitorio del niño		Lugar de juegos del niño		Otras salas:	
	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/año las pone?						

DORMITORIO DEL NIÑO /A

19. El bebe en la anterior casa dormía:

- 1 Solo /a → 19.1.a ¿A partir de qué mes dormía solo /a? | | | → Pasar a pregunta 19.3.
- 2 Con otras personas

19.2a. Número de personas que dormían en la misma habitación que el niño/a (sin contarlo a él/ella) | | |

19.2b. Nº de personas por grupo de edad

- 1 niños menores de 12 años | | |
- 2 entre 12-64 años | | |
- 3 Mayor de 65 años | | |

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

20. ¿Qué tipo de colchón utilizaba en la cama/cuna de su hijo? (no son excluyentes)

01. Lana 02. Espuma 03. Muelles 04. Látex 05. Otros (indicar):.....

06. Ns/Nc 20a. ¿Cuántos años tenía el colchón del niño? | | | años

21. ¿Utilizaba almohada en la cama/cuna de su hijo?

- 1 Sí → Pasar a p21b.

- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Tabla con formato
- Con formato: Fuente: 9 pto, Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Tabla con formato
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Sangría: Izquierda: 0,88 cm, Primera línea: 1,25 cm
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Tabla con formato
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Izquierda
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Fuente: Negrita
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: Negrita

9-1-200410-10-2005

2 Sí, pero solo unos meses. → Pasar a p21a.

3 No → Pasar a p22

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

21b. ¿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 de cama utilizaba 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. ¿Remodelaron la habitación desde el mes previo de nacer el bebé hasta que cambiaron de casa? (no excluyentes)

- 01. Hemos empapelado las paredes
- 02. Pintado
- 03. Barnizado
- 04. Otros (Especificar).....
- 05. No

26. ¿Utilizaba en la habitación del niño humidificadores?

- 1 Sí, de forma habitual
- 2 Sí, cuando padecía problemas respiratorios
- 3 No → Pasar a P27

26.a. ¿De qué tipo?

- 1. ... sólo vapor
- 2. ... con esencia

COCINA

27. ¿Tenía extractor encima de la cocina?

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p29

28. Al cocinar ¿usaba el extractor?

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

29. Tipo de cocina:

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

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR AGUA

30. ¿En su casa anterior había?

	Sí	No	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	

31. Tipo de calefacción:

	Dormitorio del niño		Lugar de juegos del niño		Otras salas:.....	
	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:		Indicar:		Indicar:	

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

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Justificado, Sangría: Izquierda: 2,91 cm, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 1,25 cm + Tabulación después de: 1,88 cm + Sangría: 1,74 cm, Punto de tabulación: 2,45 cm, Lista con tabulaciones + No en 6 cm

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Sangría: Izquierda: 2,51 cm, Primera línea: 0,32 cm, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 1,88 cm + Tabulación después de: 2,51 cm + Sangría: 2,51 cm, Punto de tabulación: 3,47 cm, Izquierda, Relleno: ... + No en 6 cm

Con formato: Italiano (Italia)

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Sangría: Izquierda: 1,96 cm, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 1,25 cm + Tabulación después de: 1,88 cm + Sangría: 1,74 cm, Punto de tabulación: 2,41 cm, Lista con tabulaciones + No en 2,5 cm + 6 cm

Con formato: Español (España - alfabetización tradicional)

Con formato: Texto independiente, Sangría: Izquierda: 0 cm, Punto de tabulación: No en 2,5 cm + 6 cm

Tabla con formato

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Izquierda

Tabla con formato

9-1-200410-10-2005

c. Hormigas	1	2
d. Otros (especificar).....	1	2

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

1 garaje /trastero _____ 2 exterior _____ 3 otro:.....

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

.....

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Desde el último cuestionario ¿Hubo alguna modificación en...?

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm

Tabla con formato

Modificación en:	Sí	No	
41. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas	1	2 → Pasar a 42	41a. Si Sí, especificar distancia actual 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 cultivados)	1	2 → Pasar a 43	42a. Si Sí, especificar distancia actual 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
43. Distancia de su casa cerca a una zona con alguna actividad industrial	1	2 → Fin	43a. especificar distancia actual metros 43b. ¿Polígono o zona industrial? Indicar nombre: 43c ¿Otro tipo de actividad industrial? (Garaje, taller, fábrica) Indicar tipo de actividad:

Con formato: Punto de tabulación: 1,15 cm, Izquierda

Con formato: Sangría: Primera línea: 0 cm

CUESTIONARIO VIVIENDA-TABACO-ESTILOS DE VIDA EXPOSICIÓN AMBIENTAL A CONTAMINANTES

CASA ANTERIOR

1- Dirección actual anterior

Calle 1. Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario ? (en el cuestionario general de la semana 12 se pregunta sobre el domicilio)

121 Sí/No Sí/No
 212 No/Sí No/

9 Ns/Nc
 2 No ()

N1 Sí
 1a. () ¿Cuándo se ha cambiado?.....

 /Pasar cuestionario 2 de vivienda)
 1a | | | | | | | | | |

Pisouerta1 | | | | |

Municipio/Urbanización /Barrio _____ CP _____

Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares)

Parentesco: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____

Con formato: Español (España)

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Desde el último cuestionario hasta que se cambió de vivienda ¿Hubo alguna modificación en...?

Modificación en:	Si	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 <input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 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

154. ¿Con qué frecuencia pasan coches al lado de su casa?

1 _____ Continuamente
 2 _____ Con bastante frecuencia
 3 _____ Poco
 4 _____ Practicamente nunca

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

1 Sí _____
 2 No 165. ¿Con qué frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa) al lado de su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)?

1 _____ Continuamente
 2 _____ Con bastante frecuencia
 3 _____ Poco
 4 _____ Practicamente nunca

1982. ¿Hasta que punto le molestaba la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si dejaba la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuesta

Molestia insoportable

Ninguna molestia

- Tabla con formato
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Numeración y viñetas
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto
- Con formato: Fuente: 9 pto

10
Molestia insoportable

9

8

7

6

5

4

3

2

1
No me molesta en absoluto

9-1-200410-10-2005

19320. ¿Qué nivel de ruido tenía habitualmente en su anterior casa?

1 Mucho
2 Bastante
3 Poco
4 Nada

21014. ¿Hasta qué punto le molestaba el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si dejaba la ventana abierta? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuesta

Molestia insoportable

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Ninguna molestia

10
Molestia insoportable

9

8

7

6

5

4

3

Con formato: Fuente: Sin Negrita
Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Punto de tabulación: No en 13,5 cm

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: 9 pto

2

1
No me molesta en absoluto

2115.a. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que sonerán habituales en su casa (puede señalar más de una) y 2115.b. e Y su grado de molestia (en el caso en que sean habituales): ca

	15.a. Si/SonEran habituales? No		M u l t i p l i c a d o	15.b. No/No Grado de molestia			
	Sí	No		Mucho Mucho	Bastante Bast ante	Poco Poco	Nada Nada
a. Niños en la casa	4	2	2	1	29 9	39	94
b. Gente en la calle	1	2	2	1	2	3	4
cb. Tráfico en la calle	1	2	2	1	2	3	4
cd. Vecinos	1	2	2	1	2	3	4
de. Bares, pubs, discotecas	1	2	2	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	2	1	2	3	4
gg. Otras (especificar).....	1	2	2	1	2	3	4

- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Punto de tabulación: No en 13,5 cm
- Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Punto de tabulación: No en 13,5 cm
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: 9 pto, Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita
- Con formato: Fuente: Sin Negrita

COCINA

27. ¿Tenía extractor encima de la cocina?
 1 Si
 2 No -> Pasar a p29

28. Al cocinar ¿usaba el extractor?
 1 Siempre
 2 A veces
 3 Nunca

29. Tipo de cocina:
Gas natural
Gas butano
Gas propano
Eléctrica
Carbón, madera
 Otro: _____

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR-AGUA

30.1. ¿En su casa anterior había?
 30.2. Si sí tiene, ¿dónde se ubica...? (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)

	30.1:		30.2: Ubicación aparato (indicar):	
	Sí	No		
a. Calefacción central	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
b. Calefacción por aire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
c. Aire acondicionado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
d. Bomba de calor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		

31. Tipo de calefacción:

	31.1. Dormitorio del niño		31.2 Lugar de juegos del niño (Indicar):		Otras salas (Indíquelas):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Gas natural	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Gas butano (en estufa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Gas propano	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Gasoil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Eléctrica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. Chimenea abierta al exterior	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g. Estufa de carbón o madera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h. Otros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Indicar: _____		Indicar: _____		Indicar: _____	

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 1,91 cm, Punto de tabulación: 1,87 cm, Izquierda + No en 13,5 cm

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

32.1. ¿Cuál de los siguientes anteriores combustibles usaba para calentar agua? (indicar letra)

32.2. Si sí tenía, ¿dónde se ubicaba...? (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)

32.3. Y ¿existía ventilación?

	32.2. Ubicación aparato (indicar):		32.3. Existe ventilación (rejilla, ...etc)	
	Sí	No	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

LIMPIEZA

33. ¿Utilizaba alguno de los siguientes productos de limpieza en su anterior casa por lo menos una vez por semana?

	Sí	No	Ns/Nc
Lejía	1	2	3
Amoniaco	1	2	3
Sulfumán	1	2	3
Desengrasante	1	2	3
Disolventes quitamanchas	1	2	3
Limpiamuebles	1	2	3
Limpia cristales	1	2	3
productos para alfombras, mantas o cortinas	1	2	3
Spray para la mopa del suelo	1	2	3
Spray para el horno	1	2	3
Ambientadores	1	2	3
Spray para planchar	1	2	3
Productos de limpieza perfumados	1	2	3
Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	3
Naftalina u otros antipolillas	1	2	3
Otros productos de limpieza	1	2	3
¿Cuál?.....	1	2	3
.....	1	2	3
.....	1	2	3

34. ¿Con qué frecuencia se realizaba 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. ¿Tenía aspirador /vaporetta?

- 1. Sí
- 2. No → Pasar a P-36

35.a. ¿Con qué frecuencia se pasaba el aspirador/vaporetta en su casa?

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- 3. Menos de una vez a la semana

Con formato: Fuente: 9 pto

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

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

36.1. En la habitación del niño...
36.2. En el resto de la casa...

		Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas
36.1. Habitación del niño	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4
36.2. Resto casa	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4

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

	Sí	No
<input type="checkbox"/> Cucarachas	1	2
<input type="checkbox"/> Moscas y Mosquitos	1	2
<input type="checkbox"/> Hormigas	1	2
<input type="checkbox"/> Otros (especificar).....	1	2

38. ¿Utilizaba 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 —→ Pasar a p39

38.a. ¿Qué tipo de insecticida utilizaba? (puede señalar más de uno)?
38.b.1. ¿Y con qué frecuencia en la habitación del niño?
38.b.2. ¿Y con qué frecuencia en el resto de la casa?

38.a. Tipo:	38.b. Frecuencia		
		38.b.1. Habitación niño	38.b.2. Resto de la casa
a. Sprays insecticidas	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	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 utilizaba más frecuentemente?

Sí
 No → Pasar a p39

38.c.1. ¿ Recuerda los nombres.....? En habitación niño
38.c.2. ¿ Recuerda los nombres.....? En resto de casa

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Tabla con formato

Tabla con formato

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

9-1-200410-10-2005

NOMBRES	38.c.1. En habitación niño	38.c.2. En resto de casa
a. Sprays insecticidas	==== ==== ====	1. 2. 3.
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1. 2.	1. 2.
e. Otros	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Con formato: Numeración y viñetas

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

39.2. Si sí se realizaba, ¿con qué frecuencia?

39.3. ¿Estaba el niño en la misma habitación mientras se realizaba el trabajo?

	P39.1.	39.2. Frecuencia	39.3. ¿Está el niño en la misma habitación?
<u>— Pintura o rotulación</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a b	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>
b. Fotografía y/o revelado con utilización de productos químicos	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a c	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>
c. Utilización algún tipo de pegamento o cola	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a d	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>
d. Modelismo, construcción de maquetas	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a e	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>
e. Bricolaje o pequeñas reparaciones	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a f	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>
f. Otros, indicar cuales	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u> → Pasar a p40	1. <u>Todos los días</u> 2. <u>Algunos días semana</u> 3. <u>Esporádicamente</u>	1. <u>Sí</u> 2. <u>No</u>

EXTERIOR

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

- 1. Sí
- 2. No → Pasar a p40b.4

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 fumigaban las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?

- 1. Sí
- 2. No → Pasar a p40b.4

40b.1. ¿Con qué frecuencia?

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

40b.2. ¿Estaba el niño en el jardín o corral cuando fumigaban?

- 1. Siempre
- 2. A veces
- 3. Nunca

40b.3. ¿Cuánto se tardaba en fumigar su jardín o corral?: | | | | min

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

- 1. Sí
- 2. No → Pasar a p41

40b.4a. ¿Dónde los guardaba?

- 1. garaje /trastero — 2. exterior — 3. otro:.....

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

.....

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Tabla con formato

Tabla con formato

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Tabla con formato

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Tabla con formato

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Desde el último cuestionario ¿Hubo alguna modificación en...?

Modificación en:	Sí	No	
41. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas	1	2 → <u>Pasar a 42</u>	41.a. Si Sí, especificar distancia actual 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 cultivados)	1	2 → <u>Pasar a 43</u>	42.a. Si Sí, especificar distancia actual 1 — Lejos (>200metros) 2 — Medio (100-200m) 3 — Cerca (50-100m) 4 — Muy cerca (<50m)
43. Distancia de su casa cerca a una zona con alguna actividad industrial	1	2 → <u>Pasar a 44</u>	43.a. Si Sí, especificar distancia actual + metros 43.b ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre: 43.c ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...) Indicar tipo de actividad:

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

OBSERVACIONES:

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

9-1-200410-10-2005

456. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo?

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

46 Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato

467. ¿Realiza comidas fuera de casa en lugares en los que se fume?

1 SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 49
 2 No

- 12 No Si
- 21 No Si
- Ns/Nc

47 Con formato
 Con formato
 Con formato
 47a Con formato
 Con formato

467.a ¿Desayuna/almuerza alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No

- 12 No Si
- 21 Si No
- 9 Ns/Ne

467.a1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

47a1 Con formato
 Con formato
 47b Con formato
 Con formato: Fuente: 9 pto
 47b1 Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato
 Con formato

467.b ¿Come alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 12 Sí
- 21 No
- 9 Ns/Ne

467.b1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

47e Con formato
 Con formato
 47c1 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 47d Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato

467.c ¿Cena alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?

- 1 Sí
- 2 No

- 12 No Si
- 21 Si No
- 9 Ns/Ne

467.c1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

47d1 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato
 Con formato: Numeración y viñetas
 Con formato: Numeración y viñetas
 Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato: Fuente: 9 pto

467.d ¿Acude alguna vez a lugares de ocio (bar, pub, discoteca...)?

- 1 Sí
- 2 No

- 12 No Si
- 21 No Si
- 9 Ns/Ne

467.d1 ¿Cuántas veces por semana?

- 1 < 1
- 2 2-3
- 3 > más de 3

ESTILOS DE VIDA

478. ¿Ha usado algún cosmético durante su embarazo (la pregunta no incluye maquillaje)?

- 12 No /P/ SI LA REPSUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 54
- 21 Si No
- 9 Ns/Nc

489. Si es SI, ¿Qué tipo de cosmético ha usado? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- 1 Crema
- 2 Loción
- 3 Ungüento
- 4 Aceite
- 5 Povos
- 6 Otros.....

490. Si es SI, ¿por qué parte del cuerpo usa los cosméticos? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- 1 Todo el cuerpo
- 2 Brazo y/o piernas
- 3 Parte superior del cuerpo
- 4 Parte inferior del cuerpo
- 5 Solo barriga
- 6 Varios.....

501. Si es SI, ¿Con qué frecuencia usa los cosméticos?

- 1 Diariamente
- 2 Más de una vez a la semana
- 3 Mas de una vez al mes
- 4 Menos de una vez al mes/rara vez

512. ¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o echado mechas durante su embarazo? Esta pregunta no incluye champú colorante Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s

- 12 No (IR A LA A PREGUNTA 543)
- 21 Si, mechas
- 3 Si, tinte
- 4 Si, hecho permanente ondulado

523. Si es SI, ¿Durante qué semana del embarazo la gestación y cuántas veces? (puede Marcar más de una que las casillas apropiadas)

- Veces
- 1 Semana 0-13
 - 2 Semana 14-26.....
 - 3 Semana 27-42.....

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

- 1 Si
- 2 No
- 12 SiNo
- 21 NoSi
- 9 Ns/Nc

534b ¿Durante qué estación del año (puede señalar más de una) y con qué frecuencia?

- a. primavera**
- 1 todos los días
 - 2 alguna vez a la semana
 - 3 alguna vez al mes
- b. verano**
- 1 todos los días
 - 2 alguna vez a la semana
 - 3 alguna vez al mes

Con formato: Fuente: 9 pto

48

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato

49

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

50

Con formato

Con formato

51

Con formato: Fuente: 9 pto

54

Con formato

Con formato

52

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato

Con formato

53

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

54

Con formato

Con formato

Con formato

54ba

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

54bb

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

54bc

Con formato

Con formato

54bd

Con formato

Con formato

Con formato

Con formato

54b

Con formato

Con formato

c. otoño 1 todos los días
2 alguna vez a la semana
3 alguna vez al mes

d. invierno 1 todos los días
2 alguna vez a la semana
3 alguna vez al mes

534.b ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno)?
1 sprays
2 dispositivo de enchufe (pastilla, líquido, ultrasonidos...)
3 loción
4 lámpara

534 b1 ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

.....
.....
.....
.....

545. ¿Cuántos vasos de agua bebe habitualmente cada día durante el embarazo? (en total, contando durante la comida y fuera de la comida)

- 1 ninguno
- 2 1 vaso por día
- 3 2 vasos por día
- 4 3-4 vasos por día
- 5 5-6 vasos por día
- 6 Más de 6 vasos por día
- 9 No sabe

556. ¿Cuál es el origen principal del agua que consume en su residencia durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 agua municipal
- 2 pozo privado
- 3 botella
- 4 otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

567. ¿Cuál es el origen principal del agua que consume en su trabajo durante el embarazo? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 agua municipal
- 2 pozo privado
- 3 botella
- 4 otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

578. ¿Cómo se asea habitualmente durante el embarazo?

- 1 ducha
- 2 baño
- 3 ambos
- 4 otro (especificar) _____

589. ¿Con qué frecuencia se suele duchar y/o bañar durante el embarazo?

	Ducha	Baño
a. Nº de veces a la semana		
b. Si menos de una vez a la semana, indicar el nº de veces al mes		

5960. ¿Cuánto rato en promedio dura la ducha y/o el baño?

Numero de minutos	Ducha	Baño
601. ¿Se suele duchar y/o bañar con agua caliente o fría?		

601. ¿Se suele duchar y/o bañar con agua caliente o fría?

	Ducha	Baño
cuestionario CAMBIO CASAAM4597 cuestionario CAMBIO CASA-ed081AM4597 cuestionario CAMBIO CASA-ed08AM4597		
cuestionario CAMBIO CASA-ed08.docAM4597 cuestionario CAMBIO CASA-ed08AM4597 cuestionario CAMBIO CASA-ed03a		
10-10-2005		

54b4

Con formato

56

56

57

58

59a

59a

59b

60

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato

Con formato

a. Caliente

b. Fria

c. Ambas

612. ¿Durante el embarazo, ¿se suele bañar en la piscina?

- 1 Si
2 No

- 12 No Si
21 No Si
9 Ns/Nc

612a. ¿con qué frecuencia se baña en la piscina durante el embarazo?

Table with columns: Piscina cubierta, Piscina descubierta, Tiempo (Minutos >60 Min horas)

- 1. Nº de veces a la semana
2. Si menos de una vez a la semana, indicar el Nº de veces al mes
3. Si menos de una vez al mes, indicar el Nº de veces al año
4. Nº de veces a la semana

623. ¿Toma usted productos BIOLÓGICOS O ECOLÓGICOS U ORGÁNICOS?

- 1 Si
2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 65

- 12 No Si
21 No Si
9 Ns/Nc

623.a ¿Con qué frecuencia?

- 1 Nunca o <1 mes
2 1-3 mes
3 1 por semana
4 varias veces por semana
5 diariamente

632.a1 ¿Qué porcentaje de su dieta es ecológico?. Responder a los tipos señalados abajo. puntuar del 0 al 100. 0 = no haber comido comida ecológica de ese tipo y 100 = comer solo comida ecológica

- 1 Frutas y verduras
2 Pan
3 Carne
4 Huevos
5 Leche y derivados lácteos
6 Arroz y pasta
7 Otros, especificar

634. ¿Utiliza usted recipientes de plástico en el microondas para calentar comida?

- 1 Si
2 No

Vertical list of 36 'Con formato' items with corresponding navigation icons on the right margin.

8. ¿Viven en su casa personas mayores de 65 años?

No ()

Sí () ¿Necesita(n) esta(s) persona(s) cuidados o atención especial? (ayuda para actividades cotidianas como vestirse, lavarse, comer, etcéte.): No () Sí ()

Con formato: Numeración y viñetas

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

No () Sí ()

Con formato: Numeración y viñetas

10. ¿Realiza usted habitualmente las tareas domésticas?

No ()

Sí () ¿Cuánto tiempo dedica a estas tareas?

() < 1 hora/día

() 1-2 horas/día

() 3-4 horas/día

() 5-6 horas/día

() 7-8 horas/día

() > 8 horas/día (en la formulación original > 8, puede dar lugar a problemas de interpretación, p.e. donde ubicas 8,5 horas? (se podría eliminar una categoría)

¿Le ayuda alguien de la casa en las tareas domésticas?

() No () Sí, un poco () Sí, bastante () Sí, mucho

Con formato: Numeración y viñetas

Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s)):

Habría que especificar si se cuentan cocina y comedor

12. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín):

No sabe ()

En su casa, las siguientes habitaciones son:

Salón-comedor () interior () exterior

Dormitorio () interior () exterior

Cocina () interior () exterior

Otras: (especificar)

() interior () exterior

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

13. Su domicilio se encuentra en una calle en la que el tráfico de vehículos es: ¿Con qué frecuencia pasan coches al lado de su casa?

() Muy frecuente/continuamente

() Bastante frecuente/con bastante frecuencia

() Poco frecuente/poco

() Nada frecuente/prácticamente nunca

Con formato: Numeración y viñetas

14. ¿Con qué frecuencia pasan por su calle camiones pesados y/o autobuses/vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) al lado de su casa (a excepto excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía) entre semana?

() Muy frecuentemente/continuamente

() Bastante frecuentemente/con bastante frecuencia

() Poco frecuentemente/poco

() Nada frecuentemente/prácticamente nunca

Con formato: Numeración y viñetas

15. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico es muy frecuente: metros

Si en la anterior ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, ¿Su piso/casa tiene al menos una ventana que de a una calle con tráfico muy frecuente?

(será difícil para la gente calcular en metros? A mí me resulta difícil...)

¿Hasta que punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

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

() Mucho () Bastante () Poco () Nada

Con formato: Numeración y viñetas

17. ¿En que medida le molesta el nivel de ruido que tiene habitualmente en su casa? ¿Hasta que punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

(-) Mucho (-) Bastante (-) Poco (-) Nada

18. De las siguientes ¿Cuál de las siguientes fuentes de ruido, señale las que son es habituales en su casa?

- Sí No
- Niños en la casa () ()
- Tráfico en la calle () ()
- Vecinos () ()
- Bares, pubs, discotecas () ()
- Otras (especificar).....
- Ninguna ()
- Ninguna ()

19. ¿Ha realizado obras en su domicilio en los últimos seis meses? _____
 No () Sí ()

20. ¿Tiene animales en el domicilio?
 No ()

Sí () → gatos: [] perros: [] pájaros: [] otros: [] (especificar)

21. Su vivienda ¿Tiene?:

	Salón-comedor		Dormitorio		Otras salas (Indique cual(es):.....)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cortinas	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Manchas de humedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Doble cristal	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Muñecos de peluche	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Moqueta	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Alfombras	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Otro tipo de suelo (que no sea gres/baldosa??)	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Cuál?.....		¿Cuál?.....		¿Cuál?.....	

DORMITORIO

22. ¿Cuántas personas duermen en su misma habitación (usted incluida)? []

¿Que tipo de colchón utiliza?

Lana () Espuma () Muelles () **Plumas** Latex () otros () No sabe ()

24. ¿Cuántos años tiene su colchón? [] años
 No sabe ()

25. ¿Duerme algún animal en su habitación?

No ()
 Sí () ¿Cuál?.....

COCINA

26. ¿Tiene extractor encima de la cocina? _____
 No ()
 Sí ()

27. Al cocinar ¿usa el extractor? _____
 () Siempre
 () A veces
 () Nunca

28. Tipo de cocina:
 () Gas natural
 () Gas butano

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

- () Eléctrica
- () Carbón, madera
- () Otro:.....

CALEFACCIÓN AIRE ACONDICIONADO

29.¿Tiene calefacción central? _____
 No () Sí () _____

30.¿Tiene aire acondicionado? _____
 No () Sí () _____

31.Tipo de calefacción:

	Salón-comedor		Dormitorio		Otras salas (Indique cual(es):.....)	
	Si	No	Si	No	Si	No
Gas natural(¿?)						
Gas butano						
Gas propano						
Eléctrica						
Chimenea abierta al exterior						
Estufa de carbón o madera						

LIMPIEZA

32.¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

	SI	NO	No sabe
Lejía			
Amoniaco			
Disolventes quitamanchas			
SpraysSpray para limpiar muebles			
SpraysSpray limpiacristales			
SpraysSpray para alfombras, mantas o cortinas			
SpraysSpray para pasa la mopa al suelo			
SpraysSpray para el horno			
Sprays ambientadores			
SpraysSpray para planchar			
Productos de limpieza perfumados			
Productos líquidos multiusos para limpiar			
Naftalina u otros antipolillas			
Otros productos de limpieza ¿Cuál?.....			

Revisar por si se puede reducir

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

- () Más de una vez a la semana
- () Una vez a la semana
- () Menos de una vez a la semana

34.¿Tiene aspirador? _____
 No () _____

Si () ¿Con que frecuencia se pasa el aspirador en su casa?
 () Más de una vez a la semana
 () Una vez a la semana
 () Menos de una vez a la semana _____

← **Con formato:** Numeración y viñetas

← **Con formato:** Numeración y viñetas

← **Con formato:** Numeración y viñetas

← **Con formato:** Numeración y viñetas

35. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?—
 Verano: nada () <30 min () 30min-2h () >2h () horas minutos
 Invierno: nada () <30 min () 30min-2h () >2h ()
 horas minutos

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

EXTERIOR

Su casa ¿tiene jardín o corral con plantas?

No ()

Sí () ¿Qué superficie tiene?.....m²

¿Realiza tratamiento con plaguicidas?

No ()

Sí () ¿Con qué frecuencia?

() todos los meses <1 semana

() cada 2-3 meses 1-4 veces a la semana

() 2-3 veces al año 2-5 veces al mes

() >6 veces al mes ocasionalmente

¿Guarda productos fitosanitarios en la casa?

No ()

Sí () ¿Dónde los guarda?

() garaje/trastero

() exterior

() otro:.....

36. ¿Está su residencia cerca de un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?

No ()

Sí () ¿A qué distancia?.....metros

() lejos (>200metros)

() Medio (100-200m)

() Cerca (50-100m)

() muy cerca (<50m)

Con formato: Numeración y viñetas

37. ¿Está su residencia próxima a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

No ()

Sí () ¿A qué distancia?.....metros

() lejos (>200metros)

() Medio (100-200m)

() Cerca (50-100m)

() muy cerca (<50m)

Con formato: Numeración y viñetas

38. ¿Está su residencia cerca de una zona con alguna actividad industrial?

No ()

Sí () ¿Polígono o zona industrial? () Indicar nombre:.....

¿A qué distancia?.....metros

¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica papelera?.....) () Indicar tipo:.....

¿A qué distancia?.....metros

Con formato: Numeración y viñetas

TABACO

¿Ha fumado a lo largo de su vida?

No ()

Sí () ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?

() fuma diariamente

() fuma pero no diariamente

() no fuma aunque antes fumaba diariamente

() no fuma aunque antes fumaba pero no diariamente

39. ¿Fuma en la actualidad?—

No ()

Sí () Número de cigarrillos al día:.....cig/día

¿A qué edad empezó a fumar?.....años

¿Ha cambiado el consumo de tabaco debido al embarazo?

No ()

Sí () ¿Cuándo cambió?

Con formato: Numeración y viñetas

(-) Antes de quedar embarazada
 (-) Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: (-)
 ¿Cuánto fumaba antes de estar embarazada? cig/día

No (-)
 ¿Ha fumado anteriormente?
 No (-)
 Sí (-) ¿A qué edad empezó a fumar? años años
 ¿A qué edad dejó de fumar? años
 ¿Dejó de fumar por el embarazo?
 No (-)
 Sí (-) ¿Cuándo dejó de fumar?

(-) Antes de quedar embarazada
 (-) Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: (-)
 ¿Cuánto fumaba habitualmente? cig/día

41. ¿Fuma alguien/alguien en casa delante de la embarazada? (no contar si se sale al balcón o terraza)?:

	Pareja	Otro (1). Parentesco:.....	Otro (2). Parentesco:.....
¿Cuántos cigarrillos en total?			
¿Cuántos cigarrillos en casa?			

42. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo?
 (-) Mucho
 (-) Bastante
 (-) Poco
 (-) Nada
 (-) No trabaja

43. ¿Realiza comidas fuera de casa en lugares en los que se fume?
 No (-)

Sí (-) ¿Desayuna/almuerza alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?
 No (-)
 Sí (-) ¿Cuántas veces por semana? 1 2 3 más de 3

¿Come alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?
 No (-)
 Sí (-) ¿Cuántas veces por semana? 1 2 3 más de 3

¿Cena alguna vez fuera de casa habitualmente en lugares con humo de tabaco?
 No (-)
 Sí (-) ¿Cuántas veces por semana? 1 2 3 más de 3

¿Aeude alguna vez a lugares de ocio (bar, pub, discoteca...)?
 No (-)
 Sí (-) ¿Cuántas veces por semana? 1 2 3 más de 3

ESTILOS DE VIDA

45. ¿Ha usado algún cosmético durante su embarazo (la pregunta no incluye maquillaje)?
 No (-) (pase a pregunta 427)
 Sí (-)

46. Si es SI, ¿Qué tipo de cosmético ha usado? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- crema
- loción
- ungüento
- aceite
- polvos
- otros:.....

47. Si es SI, ¿por qué parte del cuerpo usa los cosméticos? Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s apropiada/s)

- Todo el cuerpo
- Brazo y/o piernas

Con formato: Fuente: 9 pto
 Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

- parte superior del cuerpo
- Parte inferior del cuerpo
- solo barriga
- Varios.....

48.Si es SI, ¿Con qué frecuencia usa los cosméticos?
 Diariamente
 Más de una vez a la semana
 Mas de una vez al mes
 Menos de una vez al mes/rara vez

49.¿Se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o echado mechas durante su embarazo? Esta pregunta no incluye champú colorante
Puede elegir varias opciones de la lista de abajo y marcar la/s casilla/s

- No (ir a la a pregunta)
- Si, mechas
- Si, tinte
- Si, hecho permanente ondulado

50.Si es SI, ¿Durante qué semana del embarazo la gestación y cuántas veces? (puede Mmarcar más de una que las casillas apropiadas)

- Veces
- Semana 0-13
 - Semana 14-26.....
 - Semana 27-42.....

51.Si es SI, ¿Cuántas veces se ha teñido el pelo, ondulado, hecho permanente o echado mechas?
.....veces

52.¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades en casa, en el trabajo o en cualquier otro lugar?

- Revelando/positivando fotografia >1 semana >1 mes <1 al mes/semana?
- Pintando o dibujando >1 semana >1 mes <1 al mes
- Usando algún tipo de pegamento >1 semana >1 mes <1 al mes
- Haciendo bricolage en casa >1 semana >1 mes <1 al mes
- Lavando el coche >1 semana >1 mes <1 al mes
- En una gasolinera >1 semana >1 mes <1 al mes
- Haciendo ejercicio fuerte en el exterior >1 semana >1 mes <1 al mes
- Haciendo ejercicio fuerte en el interior >1 semana >1 mes <1 al mes
- Haciendo barbacoa >1 semana >1 mes <1 al mes
- Estando en el garaje >1 semana >1 mes <1 al mes

Uf... las respuestas a esta pregunta serán difíciles de interpretar....

53. ¿Utiliza insecticidas en su casa?
No

Sí ¿Durante qué estación del año (puede señalar más de una)?
 primavera
 verano
 otoño
 invierno

¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno)?

- sprays
- dispositivo de enchufe (pastilla, liquido, ultrasonidos...)
- loción
- lámpara

DESPLAZAMIENTO TIEMPO-ACTIVIDAD Y DESPLAZAMIENTO

Habitualmente, desde que se quedó embarazada, ¿cuántas horas al día pasa en los siguientes lugares?

Entre Fin de

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

	semana	semana	
Interior de la casa			Horas
Exterior de la casa			Horas
En el trabajo:			Horas
Interior			Horas
Exterior			Horas
Medio de transporte			Horas
Total			Horas

54. ¿Cuál es su forma habitual de desplazamiento para acudir al trabajo/lugar de estudios etc...? En invierno, cuando acude al trabajo/colegio/universidad, ¿Cuánto tiempo (en minutos) invierte de media en llegar? (sólo la ida) (contemple todo lo que emplee en un día)

(preguntar antes forma habitual de desplazamiento?)

- () Caminando o en bicicleta..... minutos
- () En motocicleta o ciclomotor..... minutos
- () En coche o taxi..... minutos
- () En autobús o tranvía..... minutos
- () En tranvía..... minutos
- () En tren o metro..... minutos

Respecto a la pregunta anterior, ¿ha cambiado algo desde que se quedó embarazada?
No ()

Sí () Indique cual es ahora su forma habitual de desplazamiento y tiempo empleado

- () Caminando o en bicicleta..... minutos
- () En motocicleta o ciclomotor..... minutos
- () En coche o taxi..... minutos
- () En autobús o tranvía..... minutos
- () En tren o metro..... minutos

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

Con formato: Fuente: 9 pto

9-1-200410-10-2005

←CUESTIONARIO 2 DE VIVIENDA