

Cuestionario padres - seguimiento 18 años

Idnum _____

Fecha ____ / ____ / _____

1. Cuestionario rellenado por:

- Madre
- Padre
- Otro, especificar _____

Datos clínicos de su hijo/a

2. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema de tipo hormonal?

- No (pasar a la pregunta 3)
- Sí, a. ¿qué problema? Especificar: _____
- b. ¿ha tomado tratamiento?
- No
- Sí, ¿qué medicamento/s? c. Especificar: _____

3. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema de comportamiento o de aprendizaje?

- No (pasar a la pregunta 4)
- Sí, a. ¿qué problema? Especificar: _____
- b. ¿ha tomado tratamiento?
- No
- Sí, ¿qué medicamento/s? c. Especificar: _____
- c. ¿le ha visitado alguna vez un psicólogo y/o psiquiatra?
- No
- Sí
- d. ¿está su hijo/a actualmente en tratamiento para este problema?
- No
- Sí

4. ¿Toma su hijo/a actualmente alguna otra medicación?

- No (pasar a la pregunta 5)
- Sí, especificar cuál/es:

Nombre	Dosis	Veces/día
a.		
b.		
c.		

Situación familiar y características de la casa

5. ¿Cuál es su estado civil de la madre del adolescente?

Casada

Soltera

Separada o divorciada

Viuda

a. ¿Convive actualmente con otra pareja? No Sí

6. ¿Cuál es su situación laboral actual ...

	a. de la MADRE del adolescente?	b. del PADRE del adolescente?
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fijo discontinuo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudiando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros, especificar _____		

7. ¿Tienen cocina de gas para cocinar?

No Sí

8. ¿Utilizan el extractor cuando cocinan?

Siempre Casi siempre A veces Nunca

9. ¿Considera que su vivienda es húmeda?

No Sí

10. ¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda?

No

Sí, a. ¿en qué habitaciones? Habitación del adolescente Otras habitaciones Sótano

Las siguientes preguntas se refieren a la casa en la que su hijo/a vive actualmente. Si su hijo/a vive en diferentes casas al mismo tiempo, conteste las preguntas de la casa en la que pasa la mayor parte del tiempo.

11. ¿Qué tipo de acristalamiento tiene la habitación de su hijo/a? (se permiten respuestas múltiples)

Acristalamiento simple Acristalamiento triple

Acristalamiento doble No lo sé

12. ¿De qué material están construidas principalmente las paredes exteriores de su casa/apartamento?

Marés

Otros, a. indicar _____

Bloques de hormigón

No lo sé

13. Las siguientes preguntas hacen referencia a la/s casa/s donde ha vivido su hijo/a des de el principio del embarazo hasta la actualidad. Si su hijo/a ha vivido en varios casa en el mismo tiempo, responga las preguntas referente a la casa en la que pasó la mayoría del tiempo. Si su hijo/a se ha cambiado de habitación dentro de la misma casa però la nueva habitación está situada en otra piso de la casa, por favor indíquelo también.

	Dirección exacta					¿Desde cuando su hijo/a ha vivido en esta casa?	¿En qué piso está la habitación de su hijo/a?*	Alguna de las ventanas de la habitación de su hijo/a da directamente a la calle?	Cuál es el número total de pisos que tiene la casa/ bloque de pisos? **
	Calle	Núm.	Piso (escalera / bloque)	Código postal	Ciudad				
Dirección actual						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos
Dirección anterior						___ / ___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___ pisos

*Responda en relación al nivel de la calle (0 significa a nivel de la calle, 1 es el piso por encima del nivel de la calle, etc).

**Cuenta los pisos a partir del nivel de la calle, no cuente soterranis; Compti àtics com a un pis si hi cap una persona dreta

Comportamiento de su hijo/a

Por favor, valore cada enunciado de acuerdo con el comportamiento de su hijo/a en este último mes. Para cada enunciado, pregúntese: “¿Hasta que punto esto ha sido un problema en este último mes?” y marque la respuesta que crea más adecuada. Por favor, responda a TODOS los enunciados.

	No es verdad / Nunca, pocas veces	Un poco cierto / Ocasional- mente	Bastante cierto / A menudo	Muy cierto / Muy frecuente
14. Desatento, se distrae con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Enfadado y ofendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tiene dificultades para realizar o acabar los deberes escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Está siempre en movimiento o actúa como si tuviera un motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mantiene poco rato la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discute con los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mueve en exceso manos y piés o se mueve cuando está sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No termina las tareas que se le encomiendan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es difícil de controlar en centros comerciales o mientras se hace la compra en tiendas o supermercados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Desordenado o desorganizado en casa o en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Pierde el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Se le tiene que estar encima para que termine las tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sólo está atento a aquello que le interesa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Corre por doquier o su sebe a los lugares en situaciones en las que es inapropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La distracción o la dificultad para mantener la atención son un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Evita, expresa desdén, o tiene dificultades para deidicarse a las tareas que requieren un esfuerzo sostenido (como los deberes escolares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Inquieto, en el sentido que se mueve mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se distrae cuando se le dan isntrucciones para hacer alguna cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Desafía activamente o rechaza obedecer lo que los adultos le piden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tiene problemas para concentrarse durante las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tiene dificultades para estarse en la hilera o esperar su turno en los juegos o en situaciones de grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Abadona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que esté sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Deliberadamente hace cosas que molestan a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. No sigue las órdenes o isntrucciones y no termina los deberes, encargos u obligaciones en su sitio de trabajo (no se debe al hecho de que no entienda las instrucciones o se niegue a seguirlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de recreo con tranquilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Se desanima con facilidad en sus esfuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieta

Por favor, piensa en lo que suele comer su hijo/a habitualmente e indica si las afirmaciones siguientes son aplicables a su caso (por favor, marca una respuesta para cada línea)

	Cierto	Falso
41. Toma una fruta o un zumo natural todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Toma una segunda pieza de fruta todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Desayuna un cereal o derivado (pan, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Se utiliza aceite de oliva en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. No desayuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son para conocer el consumo de pescado de su hijo/a a lo largo del último año. Señala cuantas veces como media lo ha tomado, tanto en casa como en el colegio como en otros lugares.

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2 o más por día
57. Pescado azul grande: pez espada, atún, bonito (plato o ración)	<input type="checkbox"/>						
58. Pescado azul pequeño-mediano: sardina, boquerón, caballa, salmón (plato o ración)	<input type="checkbox"/>						
59. Pescado blanco: merluza, lenguado, dorada (plato o ración)	<input type="checkbox"/>						
60. Conservas de sardina, sardinilla o caballa (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>						
61. Conservas de atún o bonito (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>						
62. Calamares, sepia, pulpo, berberechos, mariscos, almejas, mejillones (1 ración, 100g)	<input type="checkbox"/>						