

CUESTIONARIO INMA SABADELL PARA PADRES. Visita 14-16 años

IDNUM Adolescente		Fecha cuestionario <i>Formato DD/MM/AAAA</i>		2 0 2
--------------------------	--	--	--	-------

Estimada madre o padre,

Queremos agradecerte tu decisión de participar en este estudio. A continuación, te vamos a hacer una serie de preguntas. **Somos conscientes que algunas preguntas las hemos preguntado en anteriores visitas, pero nos interesa saber si ha habido cambios respecto al seguimiento anterior.** Algunas respuestas las vas a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción (algunas de una sola opción y otras de múltiples opciones). Preferiblemente el cuestionario tiene que ser rellenado por la madre, padre o tutor legal del niño/a.

El cuestionario dura aproximadamente 30 minutos. Si tienes cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación.

De nuevo, ¡muchas gracias por participar en este Proyecto!

INFORMACIÓN GENERAL

¿Cuál es tu relación con el/la adolescente que participa en el estudio?

- Madre
 Padre
 Tutor legal
 Otro, especificar: _____

A. INFORMACIÓN SOBRE TU HIJO/A

ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. Indica si tu hijo/a padece o ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud:

	¿Ha sido diagnosticado por un médico de padecer la enfermedad?
Diabetes	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Colesterol elevado	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Enfermedades del corazón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Enfermedad digestiva crónica (ej. diarrea crónica, úlcera, hepatitis)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Enfermedad renal (ej. insuficiencia renal, síndrome nefrótico)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Trastorno de los huesos y/o articulaciones y/o musculares	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Problema hormonal	
Hipotiroidismo	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____

¿Ha sido diagnosticado por un médico de padecer la enfermedad?

Hipertiroidismo	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Pubertad precoz	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Pubertad tardía	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____
Otros: (larga evolución, no resfriados, gripe, etc)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Indica la edad del diagnóstico*: _____

*Edad de tu hijo/a cuando se le diagnosticó la enfermedad

ASMA Y ALERGIAS

ASMA

<p>1. ¿Ha tenido tu hijo/a pitos o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses?</p> <p>1.1. ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido tu hijo/a en los 12 últimos meses?</p> <p>1.2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, se ha despertado tu hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho?</p> <p>1.3. En los últimos 12 meses, ¿han sido alguna vez los pitos tan importantes como para que cada una o dos palabras tu hijo/a haya tenido que parar para respirar?</p>	<input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 2) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 12 <input type="checkbox"/> Más de 12 <input type="checkbox"/> Nunca se ha despertado con pitos <input type="checkbox"/> Menos de una noche a la semana <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2. En los últimos 12 meses, ¿has notado pitos o silbidos o dificultades respiratorias en el pecho de tu hijo/a al respirar durante o después de hacer ejercicio?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>3. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos ataques de falta de aire ha tenido tu hijo/a?</p> <p>3.1. ¿Su sueño ha sido interrumpido por un ataque de falta de aire en los últimos 12 meses?</p> <p>3.2. En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia?</p>	<input type="checkbox"/> Ninguno (pasa a la pregunta 4) <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 12 <input type="checkbox"/> Más de 12 <input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 4) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Menos de una noche a la semana <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana
<p>4. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido tu hijo/a tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección en el pecho?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>5. ¿Ha tomado tu hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) durante los últimos 12 meses?</p> <p>5.1. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos CON receta médica?</p>	<input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 6) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

<p>5.2. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos SIN receta médica?</p>	<p>Si tu hijo/a ha tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomó al menos durante 3 días seguidos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles?</p> <p>_____</p>
<p>6. Si tu hijo/a ha tomado medicamentos para el asma, ¿con qué frecuencia toma un medicamento de rescate (por ejemplo: ventolin/salbutamol) durante una semana regular?</p>	<p><input type="checkbox"/> Menos de 2 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 veces o más a la semana</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia tuviste que llamar o ir al médico o al hospital con tu hijo/a urgentemente debido a dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) en los 12 últimos meses? (Si la respuesta es nunca, poner 0)</p>	<p>Número: _____</p>
<p>8. ¿Alguna vez un médico ha diagnosticado a tu hijo/a de tener asma?</p> <p>8.1. ¿Qué edad tenía tu hijo/a cuando se le diagnosticó de asma?</p>	<p><input type="checkbox"/> No (pasa al siguiente apartado)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>_____ años</p>

RINITIS

<p>1. En los últimos 12 meses, tu hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado ni con gripe?</p> <p>1.1. En caso afirmativo, por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas ha tenido tu hijo en los últimos 12 meses SIN estar resfriado ni con gripe (puede señalar varias respuestas). Por favor, marca todos los síntomas que haya tenido:</p> <p>1.2. En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?</p> <p>1.3. ¿En cuál de los últimos 12 meses ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (puedes elegir varias respuestas). Por favor, marca todos los meses que corresponda:</p>	<p><input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Estornudos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nariz mucosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nariz tapada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enero</td> <td><input type="checkbox"/> Julio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febrero</td> <td><input type="checkbox"/> Agosto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marzo</td> <td><input type="checkbox"/> Septiembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abril</td> <td><input type="checkbox"/> Octubre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mayo</td> <td><input type="checkbox"/> Noviembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Junio</td> <td><input type="checkbox"/> Diciembre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Septiembre	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Octubre	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Noviembre	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Diciembre
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Julio												
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Agosto												
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Septiembre												
<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Octubre												
<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Noviembre												
<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Diciembre												
<p>2. En los últimos 12 meses, tu hijo/a ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con alguna de las siguientes sustancias? (puedes señalar varias respuestas). Por favor, marca todas las sustancias implicadas:</p>	<p>Animales, polvo, ácaros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hierba, árboles, flores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Humo de tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Polvo de casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Contaminantes del aire (p.e. humos de coches, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otros, <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>por favor especifica _____</p>												
<p>3. ¿Ha tomado tu hijo/a medicación para la alergia nasal/febre del heno/rinitis alérgica en los últimos 12 meses?</p> <p>3.1. ¿Medicamentos CON receta médica?</p>	<p><input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 4)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____</p>												

3.1. ¿Medicamentos SIN receta médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
4. ¿Ha sido tu hijo/a alguna vez diagnosticado por un médico de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo...) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

ECZEMA - DERMATITIS ATÓPICA

1. ¿Ha tenido tu hijo/a la piel seca en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 3) <input type="checkbox"/> Sí
2.1. ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? (Puedes marcar varias respuestas) Por favor, señala todas las localizaciones que correspondan:	<input type="checkbox"/> Los pliegues de los codos <input type="checkbox"/> Detrás de las rodillas <input type="checkbox"/> Delante de los tobillos <input type="checkbox"/> Debajo de las nalgas <input type="checkbox"/> Alrededor del cuello, las orejas o la cara <input type="checkbox"/> En otro/s sitios, especifica: _____
2.2. Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.3. En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, ha estado tu hijo/a despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor?	<input type="checkbox"/> Nunca en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Menos de una noche por semana <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana
3. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?	<input type="checkbox"/> No (pasa a la pregunta 4) <input type="checkbox"/> Sí
3.1. En caso afirmativo ¿a qué edad lo tuvo por primera vez?	____ años
4. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias? (Puedes elegir varias respuestas). Por favor marca todas las sustancias que le hayan provocado eczema:	<input type="checkbox"/> No, con ningún material <input type="checkbox"/> Objetos metálicos (p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). Por favor, especifica: _____ <input type="checkbox"/> Bisutería (pendientes, anillos) <input type="checkbox"/> Colorantes <input type="checkbox"/> Productos de cosmética, perfumes o fragancias <input type="checkbox"/> Champú o acondicionador <input type="checkbox"/> Jabón <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Látex, goma, plásticos (guantes de goma/plástico, globos) <input type="checkbox"/> Otros materiales. Por favor, especifica: _____
5. Tu hijo/a, ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

REACCIONES ALÉRGICAS

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

- No (para a la pregunta 3)
 Sí

1.1. Si la respuesta es afirmativa, por favor marca los alimentos que le han provocado una o varias reacciones anormales en la tabla que encontrarás a continuación

Alimento	¿Qué edad tenía tu hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica a este alimento?	¿Tiene tu hijo/a todavía esta reacción alérgica cuando toma ese alimento?	¿Ha sido esta reacción a los alimentos diagnosticada por un médico?
Leche de vaca	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Huevo de gallina	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trigo	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bacalao	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soja	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cacahuets	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro alimento	___ años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha requerido contacto con el sistema sanitario por reacciones alimentarias sin tener en cuenta la actual? Por favor marca los que correspondan:

	Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
Sí, hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros, por favor especifica: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Le han puesto a tu hijo/a alguna vez inyecciones especiales para la alergia ('vacunas para la alergia', inmunoterapia, hiposensibilización, desensibilización, gotas o tabletas sublinguales)?

- No (pasa a la pregunta 4)
 Sí

3.1. En caso afirmativo: En caso que el tratamiento haya sido interrumpido y continúe en pocas semanas/meses, por favor indíquelo como primer y segundo tratamiento y en "Para qué alérgeno" indique el mismo.

- El primer tratamiento empezó a los ___ años y terminó a los ___ años;
 Para qué alérgeno: _____
 No lo sé

	<p>- El <u>segundo tratamiento</u> empezó a los _____ años y terminó a los _____ años;</p> <p><input type="checkbox"/> Para qué alérgeno: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p>- El <u>tercer tratamiento</u> empezó a los _____ años y terminó a los _____ años;</p> <p><input type="checkbox"/> Para qué alérgeno: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí → Por favor a qué: _____</p>
<p>4. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a otros alérgenos que no fueran alimentos (medicamentos, picadura de insecto, etc)?</p>	

INFECCIONES COMUNES

A continuación, vamos a preguntarle acerca de las infecciones comunes que ha tenido tu hijo/a en los últimos 12 meses:

	¿Ha tenido tu hijo/a alguna de estas infecciones comunes en los últimos 12 meses?	¿Cuántas veces lo ha tenido en los últimos 12 meses? Escriba el número de veces
1. Resfriado común	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
2. Gripe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
3. Neumonía/bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
4. Otitis media	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
5. Gastroenteritis con vómito o diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
6. Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

COVID-19

CONTACTO CON CASOS

1. ¿Ha estado tu hijo/a en contacto estrecho con alguien diagnosticado con COVID-19?

- Sí
 No

1a. En caso que haya respondido sí, ¿quién?

- Adulto del mismo domicilio
 Menor del mismo domicilio
 Adulto de otro domicilio
 Menor de otro domicilio

GRAVEDAD DE LA COVID-19

1. ¿Crees que tu hijo/a tiene o ha tenido COVID-19?

- Sí, confirmado por una prueba diagnóstica → pase a la pregunta 2
- Sí, sospechado por un/a doctor/a, pero sin realizar una prueba diagnóstica, especifica la fecha _____ → ve a la pregunta 3
- Sí, pero lo sospecho yo → ve a la pregunta 5
- No

2. ¿Qué tipo de prueba (más de una puede aplicarse)?

- PCR (raspado nasofaríngeo), especifique fecha(s) _____
- Prueba serológica (prueba de anticuerpos), especifique fecha(s) _____
- Prueba rápida
- No lo sé

3. ¿Tu hijo/a ha sido hospitalizado por COVID-19?

- Sí, especifique las fechas de admisión y alta _____ y _____
- No

4. ¿Necesitó tu hijo/a ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la estancia en el hospital?

- Sí, especifique el número de días en la UCI _____
- No

5. ¿Hay algún miembro de la familia que haya tenido que ingresar en el hospital por COVID-19?

- Sí, especifique las fechas de admisión y de alta _____
- No → Cuestionario finalizado, pase a la siguiente sección

6. ¿Necesitó esta persona ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos durante su estancia en el hospital?

- Sí, especifique el número de días en la UCI _____
- No → Cuestionario finalizado, pase a la siguiente sección

MEDICAMENTOS

1. ¿Ha tomado tu hijo/a alguno de estos medicamentos en los últimos 12 meses?

- Insulina por diabetes
- Antiácidos
- Medicamento antiinflamatorio no esteroideo (p. Ej., Aspirina, ibuprofeno)
- Paracetamol
- Otros: _____

2. ¿Ha tomado tu hijo/a antibióticos u otros medicamentos (por ejemplo, anticonceptivos, antihistamínicos, metformina) en los últimos 12 meses?

- No
- Sí → 2a. Especifica cuál/es:

Medicamento	Motivo / Enfermedad	Duración del tratamiento (días, semanas o meses)	Frecuencia (veces por día, semana o mes)	Fecha fin (mes)

3. ¿Ha recibido tu hijo/a alguna vacuna en los últimos 12 meses?

- No
 Sí → **3a.** Especifica cuál/es:

Tipo de vacuna: _____	Fecha de administración: _____
Tipo de vacuna: _____	Fecha de administración: _____
Tipo de vacuna: _____	Fecha de administración: _____

SALUD BUCODENTAL

Las siguientes preguntas corresponden a la salud bucodental de tu hijo/a:

1. ¿En el último año tu hijo/a ha visitado al dentista?

- No
 Sí → **1a.** ¿Con qué frecuencia ha visitado tu hijo/a al dentista en el último año por las siguientes razones?

	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces
Revisión				
Dolor en un diente				
Extracción de un molar				
Otra causa: _____				

2. ¿Le han diagnosticado alguna vez a tu hijo/a un defecto en el esmalte de sus dientes definitivos como el que observas en la fotografía (manchas en los incisivos, o en los molares definitivos)?

- No
 Sí
 No lo sé



3. Durante los últimos tres meses, cuántas veces tu hijo/a:

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
¿Ha tenido dolor en sus muelas?					
¿Ha tenido los dientes torcidos o espacios entre dientes?					
¿Ha tenido los dientes descoloridos o manchas en sus dientes?					
¿Le han sangrado las encías?					
¿Ha tenido dificultad para comer alimentos debido a sus dientes o su boca?					
¿No ha querido hablar en clase debido a problemas de sus dientes o boca?					

¿Ha sido intimidado o se han burlado de él por causa de sus dientes o boca?					
¿Ha tenido dificultad en pronunciar algunas palabras debido a problemas de sus dientes o boca?					
¿Se ha sentido atractivo por sus dientes, boca o cara?					

PATRONES DE SUEÑO DE TU HIJO/A

Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres del sueño de tu hijo/a. Trata de recordar lo sucedido en los ÚLTIMOS SEIS MESES de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches.

Tu hijo/a...	No que yo sepa	Ocasional-mente (1-2 veces/mes)	Algunas veces (1-2 veces/semana)	A menudo (3-5 veces/semana)	Siempre (diariamente)
a. Se despierta con un chillido o confundido de forma que aparentemente no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Realiza acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza al dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tiene dificultades para respirar durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Respira con dificultad o no puede respirar mientras duermes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Suda excesivamente durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Camina dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Habla dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Rechina los dientes cuando estás dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD FÍSICA

Globalmente, considerando toda su actividad física: ¿cómo consideras a tu hijo/a?

- Sedentario/a:** sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes.
- Poco activo/a:** actividades sentadas, escasa actividad o deportes.
- Moderadamente activo/a:** poco tiempo sentado, ligera actividad o deportes.
- Bastante activo/a:** casi siempre de pie, frecuente actividad o deportes.
- Muy activo/a:** siempre de pie/moviéndose, intensa actividad o deportes a diario.

ACCESO A ESPACIOS VERDES

1. **Durante una semana normal de otoño/invierno/primavera (incluidos los fines de semana) ¿Cuánto tiempo de promedio ha pasado tu hijo/a en estos espacios verdes/azules? Recuerda todo lo que hace: encuentros con los amigos en el parque, rutas en bicicleta los fines de semana, etc., (los espacios cubiertos de nieve también cuentan como espacios verdes) Si no ha pasado tiempo en alguno de ellos, no lo dejes en blanco: escribe 00**

	Horas/semana
a. Parques públicos / Jardines urbanos	____
b. Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales	____
c. Campos de agricultura	____
d. Jardines privados (en su casa o la de un familiar)	____
e. Lagos / Riberas / Playas	____

2. **Durante una semana normal en verano (vacaciones de verano) ¿Cuánto tiempo de promedio ha pasado tu hijo/a en estos espacios verdes/azules? Recuerda todo lo que hace: encuentros con los amigos en el parque, rutas en bicicleta los fines de semana, etc., (los espacios cubiertos de nieve también cuentan como espacios verdes) Si no ha pasado tiempo en alguno de ellos, no lo dejes en blanco: escribe 00**

	Horas/semana
f. Parques públicos / Jardines urbanos	____
g. Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales	____
h. Campos de agricultura	____
i. Jardines privados (en su casa o la de un familiar)	____
j. Lagos / Riberas / Playas	____

EVENTOS IMPORTANTES PARA EL ADOLESCENTE

Las preguntas siguientes se refieren a eventos muy importantes para el adolescente. Por favor, indique si los siguientes acontecimientos han tenido lugar a lo largo de la vida de tu hijo/a:

- Cambio de residencia: Sí No
- Cambio de escuela: Sí No
- Separación o divorcio de los padres: Sí No
- Muerte de algún miembro de la familia: Sí No
- Hospitalización de larga duración (de su hijo/a): Sí No

DIETA DEL NIÑO/A

Por favor, piensa en la dieta de tu hijo/a:

Uso de suplementos

1. **¿Con qué frecuencia ha usado tu hijo/a los siguientes suplementos en el último mes?**

	No los ha tomado	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	Cada día
Multivitámicos						
Omega-3						
Vitamina D						
Hierro						

Probióticos						
Prebióticos						
Otros suplementos (ej. proteínas, vitB12). Por favor especifique _____						

Alimentos ecológicos

2. ¿Con qué frecuencia ha comido tu hijo/a alimentos ecológicos en el último mes?

	Never or less than once per month	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	Cada día
Frutas ecológicas						
Verduras ecológicas						
Huevos ecológicos*						
Yogures (de leche) ecológicos (lácteos)						
Otros alimentos ecológicos (carne, legumbres, frutos secos, ...)						

*Por favor incluye solo huevos ecológicos, no cualquier huevo campero o de gallinas criadas en libertad.

Preguntas sobre seguridad alimentaria

Por favor, indica si las siguientes afirmaciones sobre la situación alimentaria de tu hijo/a ocurren frecuentemente, algunas veces, o nunca en los últimos 12 meses.

3. “Tuve que alimentar a mi hijo/a con alimentos de poca variedad y bajo coste porque se nos acababa el dinero para alimentos.” En tu hogar, ¿esto ocurrió frecuentemente, a veces, o nunca en los últimos 12 meses?

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca
- No lo sé

4. “No pude alimentar a mi hijo/a con comida variada y nutritiva porque nos faltaba dinero para alimentos.” En tu hogar, ¿esto ocurrió frecuentemente, a veces, o nunca en los últimos 12 meses?

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca
- No lo sé

5. “Mi hijo/a no comía lo suficiente porque nos faltaba dinero para comprar alimentos.” En tu hogar, ¿esto ocurrió frecuentemente, a veces, o nunca en los últimos 12 meses?

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca
- No lo sé

Si la respuesta es afirmativa (ejemplo "frecuentemente" o "a veces") a una o más de las preguntas anteriores (3-5), entonces continúa contestando las preguntas 6-9, si no es así, puede pasar directamente a la siguiente sección (B. Información sobre la vivienda).

6. En los últimos 12 meses, ¿Redujiste alguna vez la cantidad de la comida de tu hijo/a por falta de dinero para comprar alimentos?

- Sí
- No
- No lo sé

7. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tu hijo/a dejó de desayunar, comer o cenar por falta de dinero para alimentos?

- Sí, casi todos los meses
- Sí, algunos meses, pero no todos
- Sí, solamente en 1 o 2 meses No
- No
- No lo sé

8. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez, tu hijo/a tuvo hambre, pero faltaba dinero para comprar más alimentos?

- Sí
- No
- No lo sé

9. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tu hijo/a no comió en todo el día porque faltaba dinero para alimentos?

- Sí
- No
- No lo sé

B. INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Las siguientes preguntas se refieren a la casa en la que tu hijo/a vive actualmente. Si tu hijo/a vive en diferentes casas al mismo tiempo, por favor contesta las preguntas pensando en la casa en la que tu hijo/a pasa la mayor parte del tiempo.

1. ¿Cuál es la edad de tu casa en años? (edad a partir del año de construcción)

- Menos de 5 años
- De 5 a 14 años
- De 15 a 29 años
- Más de 30 años
- No sabe/no contesta

2. ¿Cómo describirías tu vivienda?

- Una vivienda unifamiliar separada de otras casas.
- Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- Un piso (en un edificio de viviendas)
- Otros. Especificar: _____

3. Número de habitaciones de tu casa (sin contar cocina y baños): |__|

4. Número de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__| |__| |__| |__| |__| |__| 9999 Ns/Nc

5. ¿En los alrededores de tu residencia hay alguna zona con actividad agrícola (campos cultivados)?

- No
- Sí → **5a. En caso afirmativo, ¿A qué distancia?**
 - Lejos (>200 m)
 - Medio (100-200 m)
 - Cerca (50-100 m)
 - Muy cerca (<50 m)

6. ¿Hay moho o manchas de moho en tu vivienda (excepto en el suelo)?

- Sí
 No

7. En caso afirmativo, ¿En qué habitaciones de la casa (puedes seleccionar más de una opción)?

- Dormitorio de tu hijo/a
 Comedor
 Cocina
 Baño
 Resto de la casa, especifique: _____

8. ¿Qué luminosidad tiene la habitación de tu hijo/a mientras duerme por la noche?

- Totalmente oscura
 Casi totalmente oscura
 Tenue
 Bastante iluminada

9. ¿Qué edad tiene el colchón de tu hijo/a? _____ años

10. ¿Cuántas macetas con plantas tiene en el interior de su vivienda? _____ Unidades

11. ¿Has tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?

- No
 Sí → cumplimentar la tabla

	Solo aquellos que habían vivido durante los últimos 12 meses (número)	¿Viven o vivieron dentro de casa?	¿Duermen en la habitación de su hijo?
Perro/s	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gato/s	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pájaro/s	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hámster/s	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conejo/s	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (especifica)	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RUIDO

12. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de cristal de las ventanas del dormitorio de tu hijo/a?

- Ventana con acristalamiento simple (una sola lámina de cristal por ventana)
 Ventana con acristalamiento doble (dos láminas de cristal por ventana)
 Ventana con acristalamiento triple (tres láminas de cristal por ventana)
 Ventana con acristalamiento laminado (cristal con capa de recubrimiento)
 Otros, cuál/es _____
 No lo sé

13. El dormitorio de tu hijo/a, ¿tiene alguna de las siguientes protecciones en la ventana? (marca todos los que correspondan)

- Persianas
 Porticones (batiente de madera en la ventana)
 Doble ventana (una ventana interior y una exterior)
 Otros, cuál/es _____
 Ninguna protección

COCINA, CALEFACCIÓN Y CALENTADOR DE AGUA

14. ¿Qué tipo de combustibles utilizas? (marque la casilla con una "X")

Tipo de combustible	Fogón (cocina)	Horno (cocina)	Calefacción del hogar	Caldera de agua
Electricidad				
Gas natural				
Otro tipo de gas				
Madera				
Otro (por favor, especifique)				
No tengo				

15. ¿Cuántos minutos al día, en promedio, cocinas?

- Menos de 30 minutos
- De 30 minutos y una hora
- entre 1 y 2 horas
- Más de 2 horas

16. ¿Tienes extractor encima de los fogones de la cocina?

- No
- Sí, con filtro que recircula el aire en la cocina
- Sí, conectada a un sistema de conductos para ventilar al exterior

18a. Cuando cocinas, ¿utilizas el extractor?

- Siempre
- A veces
- Nunca

17. ¿Tienes aire acondicionado en tu vivienda actualmente?

- No
- Sí

USO DE PESTICIDAS EN LA VIVIENDA

18. Tu casa, ¿Tiene jardín, huerto o corral con plantas? (no incluir balcones o terrazas)

- Sí
- No

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

- Sí
- No

21a. ¿Con qué frecuencia?

- Todos los meses
- Cada 2-3 meses
- 3 meses al año
- Ocasionalmente

21b. ¿Guardas los productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc) en casa?

- Sí
- No

20. En los últimos 12 meses, ¿Has utilizado insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en el interior de tu casa? (incluye balcones o terrazas)

- No
- Sí

22a. ¿Qué tipo de insecticida utilizas (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

	Frecuencia	Dormitorio adolescente	Resto de la casa
a. Spray insecticidas	<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido, ...)	<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Trampas con producto químico (ej. para las cucarachas)	<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Polvos insecticidas	<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Otros. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> De manera estacional <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

21. En los últimos 12 meses, ¿Has contratado el servicio de profesionales para combatir alguna plaga en tu domicilio?

- No
- Sí

23a. ¿Con qué frecuencia un profesional aplica productos en el domicilio para combatir plagas?

- Todo el año
- De manera estacional
- Esporádicamente

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES DEL ADOLESCENTE

SENTIMIENTOS

Las siguientes preguntas se refieren a tus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, se te pedirá que indiques con qué frecuencia te sentiste o pensaste de cierta manera. Aunque algunas de las preguntas son similares, existen pequeñas diferencias entre ellas y debes tratar cada una de ellas como una pregunta aparte. La mejor estrategia es la de responder con bastante rapidez. Es decir, no trates de contar el número exacto de veces que te sentiste de una manera en particular, pero dinos la respuesta que, en general, te parezca que sea la mejor.

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Muy a menudo

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido segura/o de tu capacidad para manejar tus problemas personales?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Muy a menudo

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las cosas iban como tú querías?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Muy a menudo

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Muy a menudo

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las siguientes preguntas investigan los antecedentes médicos de los padres del adolescente que participa en el estudio. Si no eres la madre, por favor contesta con informaciones sobre ella; si no conoces la respuesta, marca la opción "No sabe/no contesta".

5. ¿Alguna vez has padecido o el padre de tu hijo/a ja padecido alguna de las enfermedades o problemas de salud de la siguiente lista?

	Madre del niño		Padre del niño	
	¿Alguna vez la has padecido?	¿Ha sido diagnosticada por un médico?	¿Alguna vez la has padecido?	¿Ha sido diagnosticada por un médico?
Tensión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Infarto de miocardio (ataque de corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Angina de pecho, enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Glucosa elevada (azúcar) o diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Ansiedad crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Otros problemas mentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Ictus (isquémico o hemorrágico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc

HÁBITO DE FUMAR Y BEBER

6. ¿Fuma alguna de las personas que convive con tu hijo/a?

No

Sí → Por favor, rellena el siguiente cuadro:

		Total cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana)	Cigarrillos/día en casa (referido al promedio de la última semana)	Fuma en casa en presencia de tu hijo/a	Fuma en el comedor de la casa
a. Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
b. Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
c. Otro 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
d. Otro 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca

PESO

Instrucciones: Por favor, responde sobre su peso actual y el del padre del niño/a:

Peso actual madre: _____ kg Peso actual padre: _____ kg

D. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

ESCALA DE AFLUENCIA FAMILIAR

Las siguientes preguntas se refieren a ti y a tu familia. Si el adolescente vive más de 2 días a la semana en un segundo hogar, responda según el hogar donde el niño pasa la mayor parte del tiempo.

1. ¿Vuestra familia tiene un coche (o caravana)?

Sí

No

Sí, dos o más

2. ¿Tu hijo/a tiene su propia habitación?

No, comparte habitación con los padres o cuidador

No, comparte habitación con su(s) hermano(s)

Sí

3. Durante el último año, ¿Viajaste de vacaciones (pasando una o más noches fuera de casa) con tu familia?

- Ni una sola vez
- Sí, una vez
- Sí, dos o más veces

4. ¿Cuántos ordenadores tenéis en vuestro domicilio (incluyendo ordenadores portátiles, iPads, Tablet)?

- Ninguno
- Uno
- Dos o más

5. ¿Cuál es tu estado civil actual?

- Casado/a
- Conviviente
- Viudo/a
- Divorciado/Separado/a
- Soltero/a
- No desea contestar

6. ¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vives?

- Vives con el padre de tu hijo/a
- Vives con otro/a compañero/a, ¿hace cuánto tiempo que convivís? _____
- En una relación pero sin convivir con la pareja (p.e. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
- Vives con tus padres
- Vives sola
- Otros. Especificar: _____ (a)
- No sabe/no contesta

7. ¿Ha cambiado tu estado civil des de la última visita?

- Sí
- No
- No desea contestar

8. En caso afirmativo, indica cómo ha cambiado tu estado civil

- Me he casado
- Me he divorciado/he roto la convivencia
- He enviudado
- Cambié de compañero/a o me he vuelto a casar
- No desea contestar

9. ¿Cuál es tu situación laboral actual?

- Empleado/a
- Desempleado/a
- Estudiante
- Amo/a de casa
- En rehabilitación/discapitado/a
- Militar
- Otro
- No deseo contestar

10. ¿Ha cambiado tu situación laboral des de la última visita?

- Sí
- No
- No desea contestar

11. En caso afirmativo, indica cómo ha cambiado su situación laboral:

- He sido empleado/a
- He sido desempleado/a
- Me ha retirado/a
- He comenzado estudios
- Amo/a de casa
- Baja laboral. Motivo: _____
- Otras. Especificar: _____
- No desea contestar

12. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre de tu hijo/a?

- Empleado/a
- Desempleado/a
- Estudiante
- Amo/a de casa
- En rehabilitación/discapacitado/a
- Militar
- Otro
- No deseo contestar

13. ¿Cómo de bien diría que tu familia gestiona la economía familiar en estos días? Diría que está:

- Viviendo cómodamente
- Va bien
- Va tirado
- Resultándole bastante difícil
- Resultándole muy difícil
- No desea contestar

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL HOGAR Y DE SUS MIEMBROS

14. Actualmente, ¿Cuántas personas conviven con tu hijo/a? |__|__|

15. Indica la edad de las personas que conviven con tu hijo/a

1. Madre	__ __	6. Abuelo	__ __
2. Padre	__ __	7. Abuela	__ __
3. Hermano 1	__ __	8. Pareja de la madre	__ __
4. Hermano 2	__ __	9. Pareja del padre	__ __
5. Hermano 3	__ __	10. Otro/a, ¿quién? _____	__ __

ORIGEN ÉTNICO

16. ¿Qué origen étnico tiene usted (la madre del niño)?

- Origen Europeo
- Árabe (incluyendo Norte de África y Oriente Medio)
- Africano subsahariano
- Latinoamericano
- Asia meridional (incluido Pakistán)
- Extremo Oriente (incluido China y Filipinas)
- Otros/ Especificar: |_____|
- No lo sabe/No desea responder

17. ¿Qué origen étnico tiene el padre del niño/a?

- Caucásico (Europeo)
- Árabe (incluyendo Norte de África y Oriente Medio)
- Africano subsahariano
- Latinoamericano
- Asia meridional (incluido Pakistán)
- Extremo Oriente (incluido China y Filipinas)
- Otros/ Especificar: |_____|
- No lo sabe/No desea responder

ACTIVIDAD Y EMPLEO

18. En los últimos 12 meses, ¿habéis percibido algún ingreso económico los miembros del hogar? (de cualquier tipo)

- Sí
- No

19. En total, ¿durante cuánto tiempo habéis trabajado en los últimos 12 meses? Indica el número de meses y número aproximado de horas trabajadas por semana. Si el tiempo trabajado es inferior a 1 mes, se contabiliza como un mes trabajado. Cuando no son meses completos se redondea de la misma manera que se hace con los decimales.

	Número de meses trabajados (máximo 12)	Número medio de horas trabajadas por semana (máximo 40)
Madre		
Padre		
Hermano 1 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años)		
Hermano 2 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años)		
Hermano 3 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años)		
Abuelo		
Abuela		
Pareja de la madre		
Pareja del padre		
Otro 1		
Otro 2		

INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR

Instrucciones: A continuación, responde por favor por todos los ingresos de los miembros de tu hogar independientemente de su edad. **Recordaros que esta información es estrictamente confidencial y que se analizarán los datos anónimamente en todo momento.**

20. Teniendo en cuenta **TODOS** los ingresos que se listan a continuación, **en el último año** los **INGRESOS ANUALES NETOS** de la familia fueron

SUMAR LAS CANTIDADES ANUALES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CORRESPONDIENTES A:

- Renta neta de los salarios (incluir pagas extras)
- Renta neta de los trabajadores por cuenta propia
- Ingresos netos derivados de una empresa propia
- Intereses, dividendos y ganancias netas de inversiones de capital
- Ingresos netos derivados de cursos, conferencias o similares de carácter puntual.
- Renta neta procedente de propiedades (alquiler de una propiedad o terreno)
- Prestaciones sociales netas:
 - desempleo, ayudas por cursos de formación profesional
 - jubilación, prejubilación
 - viudedad, orfandad
 - enfermedad, invalidez, dependencia
 - ayudas por familia e hijos, ayudas al estudio, ayuda por vivienda
 - exclusión social, Renta de Garantía de Ingresos
- Transferencia periódica monetaria percibida de otro hogar
- Pensión alimenticia del cónyuge o progenitor
- Lotería u otros premios
- Devolución de hacienda
- Otras ayudas económicas (Cáritas, Cruz Roja...)

Total familiar: _____ € (La siguiente tabla os puede orientar a la hora de estimar el total anual en función del total mensual. Sin embargo, indicar el total familiar exacto, no basado en las categorías de la tabla)

Mensualmente en euros	Anualmente en euros	
Menos de 107€	Más de 1499€	<input type="checkbox"/>
108€ - 164€	1500€ - 2299€	<input type="checkbox"/>
165€ - 243€	2300€ - 3399€	<input type="checkbox"/>
244€ - 329€	3400€ - 4599€	<input type="checkbox"/>
330€ - 414€	4600€ - 5799€	<input type="checkbox"/>
415€ - 521€	5800€ - 7299€	<input type="checkbox"/>
522€ - 643€	7300€ - 8999€	<input type="checkbox"/>
644€ - 786€	9,000€ - 10,999€	<input type="checkbox"/>
787€ - 1,000€	11,000€ - 13,999€	<input type="checkbox"/>
1,001€ - 1,214€	14,000€ - 16,999€	<input type="checkbox"/>
1,215€ - 1,429€	17,000€ - 19,999€	<input type="checkbox"/>

1,430€ - 1,643€	20,000€ - 22,999€	<input type="checkbox"/>
1,644€ - 1,857€	23,000€ - 25,999€	<input type="checkbox"/>
1,858€ - 2,071€	26,000€ - 28,999€	<input type="checkbox"/>
2,072€ - 2,286€	29,000€ - 31,999€	<input type="checkbox"/>
2,287€ - 3,000€	32,000€ - 41,999€	<input type="checkbox"/>
3,001€ - 3,714€	42,000€ - 51,999€	<input type="checkbox"/>
3,715€ - 4,429€	52,000€ - 61,999€	<input type="checkbox"/>
4,430€ - 5,143€	62,000€ - 71,999€	<input type="checkbox"/>
5,144€ - 5,857€	72,000€ - 81,999€	<input type="checkbox"/>
Más de 5,857€	Más de 82,000€	<input type="checkbox"/>
No sabe/no contesta <input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. En relación con tu trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados durante los últimos 14-16 años (desde el embarazo de tu hijo/a), podrías indicarnos (Empezar por el trabajo actual o más reciente y continuar hacia atrás hasta cubrir los 14-16 años si ha habido otros trabajos previos)

Periodo de contrato: Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)

Actividad de la empresa: ¿A qué se dedica la empresa?

Puesto de trabajo: ¿Qué puesto ocupa la trabajadora en la empresa?

Tareas: ¿Qué tipo de tareas desempeña la trabajadora en su trabajo?

Madre		Padre	
Período de contrato	Puesto de trabajo	Período de contrato	Puesto de trabajo
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	

Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	
Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)		Desde: / (Mes / Año) Hasta: / (Mes / Año)	

22. Señala por favor si la realidad de tu hogar se ajusta a los recursos y situaciones del siguiente listado:

	Sí, es correcto	No, es incorrecto
a. No tienes retrasos en el pago del alquiler, hipoteca, recibos relacionados con la vivienda o compras a plazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mantienes la vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Haces frente a gastos imprevistos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Coméis carne, pollo o pescado cada dos días (en caso de no ser vegetariano o vegano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tenéis una lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tenéis una televisión a color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tenéis un teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Has acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por tu colaboración!

Colaboradores:



Financiadores:

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI16/00261)



Omega-Brain

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/01340)



INMA-Ado-Sleep

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/00663)



INMA-Ado-Microbiota

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (CP16/00128)



Endolung

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/01194)



INMA-Ado-Respi

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI18/00547)



URBAMET



ANSES-Expo-enfants



ANSES-Expo-teen



Advancing Tools for Human Early Lifecourse Exposome Research and Translation



"This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 874583"