

INFORMACIONES GENERALES

1. ¿Cuál es su relación con el niño/a que participa en el estudio?

- Madre Padre Otro, especificar → _____

SOCIODEMOGRAFÍA

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casada/o (primeras nupcias) Separada/o (pero todavía casada/o legalmente) Pareja de hecho legal
 Casada/o (segundas nupcias) Divorciada/o
 Soltera/o Viuda/o

3. Está usted:

- Viviendo con el padre/madre de su hijo/a
 Viviendo con otro/a compañero/a
 En una relación, pero sin convivir con la pareja (ej. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
 No está viviendo ni con un compañero/a ni está en una relación

4. ¿Ha cambiado su estado civil DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO?

- Sí, se ha casado Sí, cambió de compañero/a o se ha vuelto a casar
 Sí, se ha divorciado o ha roto la convivencia No
 Sí, ha enviudado NS/NC

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Empleada/o, Trabajo ACTUAL: _____ En rehabilitación/discapacidad
 Desempleada/o Militar
 Estudiante Jubilada/o
 Ama/o de casa Otro: _____

6. ¿Ha cambiado su situación laboral DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO?

- Sí, antes estaba...
 Empleada/o Estudiando
 Desempleada/o Como ama/o de casa
 Jubilada/o Otra situación: _____
 No
 NS/NC

7. ¿Hubo algún nuevo nacimiento en su familia DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO? No Sí Fecha: ___/___/___

8. Número personas viven en la residencia familiar: |_|_|

- (1) Madre Sí No (3) Hermanos nº |_|_| edad:..... (5) Otros nº |_|_| especificar:
(2) Padre Sí No (4) Abuelos nº |_|_| edad:.....

HOGAR

1. ¿Cuál es su residencia actual?

Dirección actual:

Ciudad: Código Postal:

2. ¿Desde cuándo vive su hijo/a en esta residencia? ___/___/___

3. ¿Cuál es el número total de pisos que tiene la casa/ bloque de pisos? |_|_|

4. ¿En qué piso está la habitación de su hijo/a? |_|_|

5. ¿Alguna de las ventanas de la habitación de su hijo/a da directamente a la calle? Sí No

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

- Acristalamiento simple Acristalamiento doble Acristalamiento triple No sabe

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

- Ladrillo Bloques de hormigón Otros, a. indicar _____ No sabe

8. ¿Tiene cocina de gas para cocinar? Sí No

9. ¿Utiliza el extractor cuando cocinan? Siempre Casi siempre A veces Nunca

10. ¿Considera que su vivienda es húmeda? Sí No

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

No

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

12. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta? (nos referimos a gases, humos, polvo etc. procedente del tráfico, la industria etc.) 0 ninguna molestia/ 10 molestia insoportable [][]

13. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? 0 ninguna molestia/ 10 molestia insoportable [][]

HÁBITOS TABACO Y ALCOHOL

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su consumo de tabaco?

No fumador, y nunca ha fumado

No fumador, pero antes fumaba ocasionalmente (no diario)

No fumador, pero antes fumaba habitualmente (diariamente)

Fumador ocasional

Fumador habitual

a) nº cigarrillos por semana que usted fuma en total _____

b) nº cigarrillos por semana de promedio que usted fuma en el interior de la vivienda _____

2. ¿Fuma su pareja?

Sí, por favor especifique: a) nº cigarrillos por semana que su pareja fuma en total _____

b) nº cigarrillos por semana de promedio que su pareja fuma en el interior de la vivienda _____

No

No tiene pareja actualmente

3. ¿Fuma alguien más en su casa?

Sí, por favor especifique: _____ nº cigarrillos por semana de promedio que fuma/n en el interior de la vivienda _____

No

EXCLUYENDO los que fuman usted y su pareja

4. ¿Consume alcohol? En caso de consumo regular de alcohol, indicar número de unidades que consumió en la última semana. 1u = 1 vaso de vino/ 1 cerveza/ 1 copa de licor

Sí, por favor especifique número de unidades en la última semana: _____

No

ANTECEDENTES CARDIO-METABÓLICOS

1. ¿Ha tenido usted alguna vez un infarto de miocardio? Sí, edad _____ No

2. ¿Ha tenido usted alguna vez una angina de pecho? Sí, edad _____ No

3. ¿Ha tenido usted alguna hemorragia o ataque cerebral? Sí, edad _____ No

4. ¿Ha tenido/ tiene usted el colesterol alto? Sí No

5. ¿Ha tenido/ tiene usted elevación de la glucosa (azúcar) en sangre? Sí No

6. ¿Le han diagnosticado presión arterial alta? Sí No