

Cohorte INMA-Asturias – Visita 12 años

SALUD GENERAL

1. ¿Ha sufrido su hijo/a algún problema de salud durante la última semana?
 Sí, especificar: _____ No No sabe
2. ¿Cuál ha sido el estado de ánimo de su hijo/a durante los días previos a la visita?
 Como siempre Inusual: más irritable, lloroso, rebelde, agresivo, eufórico, etc....
3. Comparado con los niños/as de su edad, ¿podría decir que la salud de su hijo/a es?
 Excelente Buena Regular Mala NS/NC

ASMA

4. En el último año, ¿ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho?
 Sí
 No → pasar a la pregunta 8
 No sabe → pasar a la pregunta 8
5. ¿Cuántos ataques de pitos ha tenido su hijo/a en el último año?
 Ninguno De 1 a 3 De 4 a 12 Más de 12
6. En el último año, ¿con qué frecuencia, en promedio, ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido debido a los pitos?
 Nunca se ha despertado con pitos
 Menos de una noche por semana
 Una o más noches por semana
7. En el último año, ¿han sido alguna vez los pitos suficientemente graves como para limitar el habla de su hijo/a a sólo una o dos palabras entre respiraciones? Sí No No sabe
8. ¿Ha sido su hijo/a alguna vez diagnosticado por un doctor de padecer asma?
 Sí
 No → pasar a la pregunta 11
 No sabe → pasar a la pregunta 11
9. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se le diagnosticó de asma? _____ años
10. En el último año, ¿ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos, opresión en el pecho, falta de aliento)? Sí No No sabe

RINITIS ALERGICA

11. En el último año, ¿ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa sin estar resfriado/a ni con gripe?
 Sí
 No → pasar a la pregunta 17
 No sabe → pasar a la pregunta 17
12. Por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en el último año cuando no ha estado resfriado/a o con gripe.
 Por favor marque todas las que correspondan
 Estornudos Nariz mucosa Nariz bloqueada
13. En el último año, ¿Este problema de nariz ha estado acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?
 Sí No No sabe
14. ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz?
 Por favor, marque todos los meses que correspondan:
 Enero Abril Julio Octubre
 Febrero Mayo Agosto Noviembre
 Marzo Junio Septiembre Diciembre
15. En el último año, ¿Ha tenido su hijo/a problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionados con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? Por favor marque todas las opciones que correspondan
 Animales Humo de tabaco o aromas fuertes
 Hierba, arboles, flores Contaminantes del aire
 Polvo de casa/ácaros Otro, por favor especifique _____
 El niño/a no ha tenido problemas con su nariz o sus ojos por contacto con estas sustancias
16. ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica en el último año?
 Sí No No sabe

RESFRIADO/ ASMA ÚLTIMA SEMANA

17. ¿Ha sufrido su hijo/a un resfriado común o la gripe en la última semana? Sí No No sabe

18. ¿Ha sufrido su hijo/a algún ataque de asma durante la última semana? Sí No No sabe

ENFERMEDADES AGUDAS O CRÓNICAS

19. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad aguda o crónica? Sí No → pasar a pregunta 20

Neurológica: _____ Digestiva: _____ Uro-Genital: _____

Respiratoria: _____ Lesión de piel: _____ Musculo-Esquelética: _____

Sistema Endocrino: _____ Cardíaca: _____ Otro: _____

20. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de diabetes? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 21

20.1 ¿Dónde hace el seguimiento de diabetes?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

20.2 ¿Sigue algún tratamiento médico? Sí No

Especificar: Tratamiento oral Tratamiento con insulina Tratamiento oral + insulina

21. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de enfermedad celiaca? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 22

21.1 ¿Dónde hace el seguimiento de celiacía?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

21.2 ¿Ha eliminado completamente el gluten de su alimentación? Sí No

22. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de intolerancia a lactosa? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 23

22.1 ¿Dónde hace el seguimiento de intolerancia a lactosa?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

22.2 ¿Ha eliminado completamente la lactosa de su alimentación? Sí No

MEDICACIONES

23. ¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación durante el último mes? Tanto medicaciones habituales como esporádicas

Sí → especificar: _____

No → pasar página