

Cuestionario de Menores (Personas de 0 a 15 años)

3



1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____

Nº de orden de la sección _____

Municipio _____

Distrito/sección _____

Año/trimestre/bisemana _____

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____

Nº de hogar dentro de la vivienda _____

3. Identificación del/de la niño/a seleccionado/a

Nombre _____

Nº de orden _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____

4. Identificación del/de la informante

4.1 Relación con el menor seleccionado

Padre/Madre 1 Otros familiares 5

Tutor/a 2 Servicios sociales 6

Hermano/a 3 Otros 7

Abuelo/a 4

Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?

Sí 1 → nº de orden _____ → **P 4.5**

No 6

4.2 Nombre del/de la informante

4.3 Edad _____

4.4 Sexo 1 Varón 6 Mujer

4.5 Teléfono del/de la informante

5. Fecha de cumplimentación _____

Día Mes Año

6. Hora inicio de la entrevista _____

Hora Minutos

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, ... de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y las características del servicio público de este estudio nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto estadístico: serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de las fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989, LFEP). Todo el personal tendrá obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP). Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP).

(Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública).

A. Estado de salud

Entrevistador/a, léale a la persona entrevistada: *Vamos a comenzar hablando de la salud de ... (Mencione el nombre del/de la niño/a seleccionado/a para la encuesta).*

1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno _____ 1
 Bueno _____ 2
 Regular _____ 3
 Malo _____ 4
 Muy malo _____ 5

2. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas salud, ¿padece o ha padecido (mencione de nuevo el nombre del/de la niño/a seleccionado/a) alguna vez alguna de ellas?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En el caso de que conteste *Sí* en alguna de las opciones de 2.a formule las preguntas 2.b, 2.c y 2.d.

	2. a ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 2.a, preguntar y anotar lo que proceda					
	SÍ	NO	2.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		2. c ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?		2. d ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
1. Alergia crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Epilepsia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?								
8. _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: si todas las respuestas a la columna 2.a son **NO** → pase al Módulo B. Si alguna respuesta a la columna 2.a es **SI** → continúe en **P3**

3. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado al/a la niño/a de alguna forma sus actividades habituales?

- Sí _____ 1
 No _____ 6

B. Accidentalidad y agresión (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *A continuación, voy a preguntarle si el/la niño/a ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias, tratamiento, ..., en los últimos doce meses.*

4. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

- Sí _____ 1
 No _____ 6 → **P9**

5. ¿De qué tipo y cuántas veces ha tenido este tipo de accidente?

	Sí	Nº de veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla, ...)	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Caída a nivel del suelo	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Quemadura	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Golpe	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Intoxicación (excluidas las intoxicaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Accidente de tráfico como conductor o pasajero sufriendo daños físicos	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Accidente de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
8. Otros	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

6. Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, portal, ... 1
- En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico 2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico 3
- En la escuela, colegio, guardería, instituto, ... 4
- En una instalación deportiva 5
- En una zona recreativa o de ocio 6
- En otro lugar 7

7. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Consultó a un/a médico/a o enfermero/a 1
- Acudió a un centro de urgencias 2
- Ingresó en un hospital 3
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4

8. ¿Qué efecto o daño le produjo al/a la niño/a este accidente?

Entrevistador/a: anote dos respuestas como máximo (aquéllas que el/la informante considere más importantes).

- 1. Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales
- 2. Fracturas o heridas profundas
- 3. Envenenamiento o intoxicación
- 4. Quemaduras
- 5. Otros efectos

9. Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún tipo de agresión?

- Sí 1
- No 6 → **Módulo C**

10. Y refiriéndonos a la última agresión que haya tenido (si es que ha sufrido varias en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio _____ 1
- En la escuela, colegio, guardería, instituto, ... _____ 2
- En la calle _____ 3
- En el hogar del/de la menor _____ 4
- En el edificio donde vive _____ 5
- En una zona deportiva _____ 6
- En otros lugares _____ 7

C. Restricción de la actividad (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en las actividades habituales del/de la niño/a en las dos últimas semanas. Por favor piense en el tiempo pasado desde _____ (indicar el día que corresponde con dos semanas menos), hasta ayer.*

11. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales el/ la niño/a al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

- Sí _____ 1 → N° de días
- No _____ 6

12. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a el/la niño/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en el hospital)

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

- Sí _____ 1 → N° de días
- No _____ 6

Entrevistador/a: si P11 = NO y P12 = NO, pase al Módulo D. Si en P11 ó P12 ha anotado **SÍ**, conteste a la/s columna/s correspondiente/s marcando con una X en P13.a ó P13.b los dolores o síntomas indicados por el entrevistado.

13. ¿Cuáles han sido los dolores o síntomas que han obligado al/a la niño/a a limitar o reducir sus actividades habituales y/o a guardar cama, al menos la mitad de un día?

	13.a Actividad habitual	13.b Guardar cama
01. Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vómitos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dolor abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Consumo de medicamentos (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Pasemos al consumo de medicamentos del/de la niño/a en las dos últimas semanas.*

14. A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor dígame, ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el/la niño/a en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que se hayan consumido?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas, y si le fue o no recetado por algún médico. Debe cumplimentar las columnas **Consumido** y **Recetado** con Sí o No para cada uno de los medicamentos salvo en las opciones 14 y 15.

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Medicamentos para el asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicamentos para los vómitos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
15. Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

Entrevistador/a:el/la niño/a tiene menos de 4 años 1 → **Módulo F**el/la niño/a tiene 4 años o más 6 → **Módulo E****E. Salud mental (últimos 6 meses)**

15. A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del/de la niño/a. Después de cada frase, dígame si *No es cierto*, si es *Un tanto cierto* o *Absolutamente cierto*, dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del/de la niño/a. Por favor, responda basándose en el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos seis meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolu- tamente cierto
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Trata bien a los/las niños/as más pequeños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. A menudo miente o engaña _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Piensa las cosas antes de hacerlas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

F. Utilización de servicios sanitarios

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de los diferentes servicios sanitarios por parte del/de la niño/a.*

F 1. Consultas médicas

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que ha realizado el/la niño/a.*

16. ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (*personalmente o por teléfono*) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

(No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, ..., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones).

Hace cuatro semanas o menos _____	<input type="checkbox"/> 1			
Hace más de cuatro semanas y menos de un año _____	<input type="checkbox"/> 2	→ N° de meses	<input type="text"/>	} → P25
Hace un año o más _____	<input type="checkbox"/> 3	→ N° de años	<input type="text"/>	
Nunca ha ido al/a la médico/a _____	<input type="checkbox"/> 4			

17. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a pediatra o médico/a de familia en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

N° de veces

No sabe/no recuerda

No contesta

18. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

N° de veces

No sabe/no recuerda

No contesta

19. ¿Cuál era la especialidad del/de la último/a médico/a al/a la que consultó?

Entrevistador/a: no lea la opciones de respuesta, sólo anote la que espontáneamente conteste la persona entrevistada.

Médico de familia _____	<input type="checkbox"/> 01	Neumología _____	<input type="checkbox"/> 14
Pediatría _____	<input type="checkbox"/> 02	Neurocirugía _____	<input type="checkbox"/> 15
Alergología _____	<input type="checkbox"/> 03	Neurología _____	<input type="checkbox"/> 16
Aparato digestivo _____	<input type="checkbox"/> 04	Oftalmología _____	<input type="checkbox"/> 17
Cardiología _____	<input type="checkbox"/> 05	Oncología _____	<input type="checkbox"/> 18
Cirugía general y digestiva _____	<input type="checkbox"/> 06	Otorrinolaringología _____	<input type="checkbox"/> 19
Cirugía cardiovascular _____	<input type="checkbox"/> 07	Psiquiatría _____	<input type="checkbox"/> 20
Cirugía vascular _____	<input type="checkbox"/> 08	Rehabilitación _____	<input type="checkbox"/> 21
Dermatología _____	<input type="checkbox"/> 09	Reumatología _____	<input type="checkbox"/> 22
Endocrinología y nutrición _____	<input type="checkbox"/> 10	Traumatología _____	<input type="checkbox"/> 23
Ginecología-obstetricia _____	<input type="checkbox"/> 11	Urología _____	<input type="checkbox"/> 24
Medicina interna _____	<input type="checkbox"/> 12	Otra especialidad _____	<input type="checkbox"/> 25
Nefrología _____	<input type="checkbox"/> 13		

20. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
 - Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
 - Consulta externa de un hospital _____ 03
 - Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04
 - Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05
 - Consulta de médico/a particular _____ 06
 - Consulta de médico/a de una sociedad _____ 07
 - Escuela, colegio, instituto _____ 08
 - Domicilio del/de la menor _____ 09
 - Consulta telefónica _____ 10
 - Otro lugar _____ 11
- **P24**
-

21. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud _____ 1
 - Un accidente o agresión _____ 2
 - Revisión por enfermedad _____ 3
 - Control de salud (programa de atención al niño sano) _____ 4
 - Vacunación _____ 5
 - Sólo dispensación de recetas _____ 6
 - Otros motivos _____ 7
- **P23**
-

22. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que el/la niño/a empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió cita para consulta?

- 1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
 - 2. Días _____ No contesta _____
 - 3. Horas _____
-

23. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió cita para consulta hasta que el/la médico/a vio al niño/a?

- 1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
 - 2. Días _____ No contesta _____
 - 3. Horas _____
-

24. El/la médico/a al/a la que acudió el/la niño/a en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
 - Sociedad médica _____ 2
 - Consulta privada _____ 3
 - Otros (Iguala médica, médico escolar, ...) _____ 4
-

25. En las últimas cuatro semanas, ¿se ha hecho el/la niño/a algún tipo de prueba no urgente, como radiografías, ecografías, análisis, ...?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **P27**

26. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho y cuánto tiempo tardó en hacérselas desde que pidió cita?

	Sí	1	Tiempo desde la cita		No sabe/ no recuerda	No contesta	
			Meses	Días			
1. Radiografía _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					
2. TAC _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					
3. Ecografía _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					
4. Resonancia magnética _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					
5. Análisis _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					
6. Otra _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>					
		6					

27. En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado el/la niño/a con alguno de los siguientes profesionales?

	Sí	1	→	Nº de veces	No sabe/ no recuerda	No contesta
				<input type="text"/>		
1. Enfermería _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>				
		6				
2. Fisioterapeuta _____	<input type="checkbox"/>	1	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>				
		6				

F 2. Necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses

28. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el/la niño/a ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo F 3**

29. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que el/la niño/a no ha recibido esa asistencia?

Entrevistador/a: no debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 10, *Otra causa*.

- No pudo conseguir cita _____ 01
- No pudo dejar el trabajo y llevar al niño/a _____ 02
- Era demasiado caro/no tenía dinero _____ 03
- No tenía medio de transporte _____ 04
- Porque el/la niño/a estaba demasiado nervioso/a y asustado/a _____ 05
- El seguro no lo cubría _____ 06
- No tenía seguro _____ 07
- Había que esperar demasiado _____ 08
- Nadie podía dejar las obligaciones familiares y llevar al niño/a _____ 09
- Otra causa _____ 10

F 3. Seguro Sanitario

30. ¿Podría decirme ahora de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es el/la niño/a titular o beneficiario?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/la informante considere prioritarias.

1. Seguridad Social _____
2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social _____
3. Mutualidades del Estado (*MUFACE, ISFAS, ...*) acogidas a la Seguridad Social _____
4. Mutualidades del Estado (*MUFACE, ISFAS, ...*) acogidas a un seguro privado _____
5. Seguro médico privado (*SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales, ...*), concertado individualmente _____
6. Seguro médico privado concertado por la empresa _____
7. No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados _____
8. Otras situaciones _____

F 4. Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

Entrevistador/a, léale a la persona entrevistada: *A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre la salud dental del/de la niño/a.*

31. ¿Cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al/a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 → N° de veces en los últimos 3 meses
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses _____ 2 → N° de meses
- Hace un año o más _____ 3 → N° de años
- Nunca ha ido _____ 4 → **P 34**

32. La última vez que acudió el/la niño/a, ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No
01. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Extracción de algún diente/ muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

33. El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al/a la que consultó el/la niño/a esta última vez era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Otros (Iguala médica, ...) _____	<input type="checkbox"/> 5

34. Entrevistador/a: ¿el/la niño/a tiene menos de un año?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1
No _____	<input type="checkbox"/> 6 → P36

35. ¿Le ha salido algún diente?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1	→ Módulo F 5
No _____	<input type="checkbox"/> 6	

36. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas del/de la niño/a?

	SÍ	NO
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/ muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/ muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Los dientes que tiene están sanos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

F 5. Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Entrevistador/a: léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas tratan sobre posibles ingresos del/de la niño/a en hospitales.*

37. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?

Sí _____ 1

No _____ 6 → P46

38. ¿Cuántas veces ha estado el/la niño/a hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces

39. En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a el/la niño/a en el hospital?

Nº de días (mínimo un día)

40. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso del/de la niño/a en el hospital?

Intervención quirúrgica _____ 1

Estudio médico para diagnóstico _____ 2

Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3

Otros motivos _____ 4

41. ¿El/la niño/a estuvo en lista de espera por este motivo?

Sí _____ 1

No _____ 6 → P43

42. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo el/la niño/a en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Entrevistador/a: si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.

Nº de meses No sabe/no recuerda No contesta

43. En relación al último ingreso hospitalario del niño/a, ¿cuál fue la forma de ingreso?

A través del servicio de urgencias _____ 1

Ingreso ordinario (no por urgencias) _____ 2

44. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1 No sabe/no recuerda _____ 8

Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, ...) _____ 2 No contesta _____ 9

Sociedad médica privada _____ 3

A cargo del hogar del/de la niño/a _____ 4

A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5

45. ¿Le dieron o le enviaron a su domicilio un informe de alta cuando el/la niño/a salió del hospital?

Sí _____ 1 No sabe/no recuerda _____ 8
No _____ 6 No contesta _____ 9

46. Durante los últimos doce meses, ¿ha ingresado el/la niño/a para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un Hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

Entrevistador/a: incluye ingresos en cama o sillón cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo F6**

47. ¿Cuál fue el motivo del último ingreso del/de la niño/a en el Hospital de día?

Un tratamiento _____ 1
Una intervención quirúrgica _____ 2 → **Módulo F6**
Otros motivos _____ 3 → **Módulo F6**

48. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir el/la niño/a al Hospital de día para recibir este tratamiento?

Nº de veces No sabe/no recuerda No contesta

F 6. Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *Para terminar con la utilización de servicios sanitarios, voy a preguntarle por la posible utilización de los servicios de urgencias por parte del/de la niño/a.*

49. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo G**

50. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el/la niño/a un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces No sabe/no recuerda No contesta

51. ¿Dónde fue atendido/a?

	Sí	No
1. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio, ...)	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6
2. En una unidad móvil	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6
3. En un centro o servicio de urgencias	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6

52. La última vez que el/la niño/a utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió asistencia?

1. Días _____ No sabe/no recuerda _____
2. Horas _____ No contesta _____
3. Minutos _____
-

53. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que el/la niño/a fue atendido/a?

Entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.

1. Horas _____ No sabe/no recuerda _____
2. Minutos _____ No contesta _____
-

54. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 2
- Centro no hospitalario de la Sanidad Pública (Centro de Salud, ...) _____ 3
- Servicio privado de urgencias _____ 4
- Sanatorio, hospital o clínica privada _____ 5
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____ 6
- Otro tipo de servicio _____ 7
- **Módulo G**
-

55. ¿Por qué fue el/ la niño/a a un servicio de urgencias?

- Porque el/la médico/a se lo mandó _____ 1
- Porque sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ 2
-

G. Hábitos de vida

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida del/de la niño/a relacionados con la salud.*

G.1. Descanso y ejercicio físico

Entrevistador/a, continúe leyendo al entrevistado/a: *Para comenzar le preguntaré sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico del/de la niño/a.*

56. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente el/la niño/a al día?. Incluya las horas de siesta

- Nº de horas diarias _____ No sabe/no recuerda _____ No contesta _____
-

57. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna, ...) 1

Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, ...) 2

Hace actividad física, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, ...) 3

Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana 4

Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 1 año 1 → **Módulo G2**

el/la niño/a tiene 1 año o más 6 → **P58**

58. ¿Suele el/la niño/a ver la televisión todos o casi todos los días? (Incluye programación, vídeo y DVD)

Sí 1

No 6 → **P60**

59. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a ver la televisión cada día?

	Menos de 1 hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (promedio diario)	No sabe/ no recuerda	No contesta
1. De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet todos o casi todos los días?

Sí 1

No 6 → **P62**

61. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet cada día?

	Menos de 1 hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (promedio diario)	No sabe/ no recuerda	No contesta
1. De lunes a Viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 5 años 1 → **Módulo G2**

el/la niño/a tiene 5 años o más 6 → *Lea la introducción del **Módulo G2** y pase a P70*

G 2. Alimentación

Entrevistador/a, léale al entrevistado: *Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre los hábitos de alimentación del/de la niño/a.*

63. ¿Ha recibido el/la niño/a lactancia materna durante los primeros meses de su vida?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P67**

64. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido el/la niño/a lactancia materna?

Entrevistador/a: si actualmente se le está dando el pecho, indíquese su edad actual en meses y días.

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____

2. Días _____ No contesta _____

65. ¿Ha recibido el/la niño/a durante algún tiempo leche materna como único alimento y bebida? (Excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier alimento. Sólo incluye vitaminas, minerales y medicamentos)

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P68**

66. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?

Entrevistador/a: en el caso de lactantes a los que únicamente se les ha dado el pecho, indíquese su edad actual en meses y días.

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____

2. Días _____ No contesta _____

67. ¿Ha recibido el/la niño/a durante algún tiempo lactancia artificial?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **P69**

68. ¿A qué edad ha comenzado con la lactancia artificial?

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____

2. Días _____ No contesta _____

69. Entrevistador/a: ¿el/la niño/a tiene 1 año o más?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo H**

70. ¿Qué desayuna el/la niño/a habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Fruta y/o zumo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Alimentos como huevos, queso, jamón, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otro tipo de alimentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

71. ¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?

Entrevistador/a: muestre a la persona entrevistada la **Tarjeta Men-1** y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Huevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Pasta, arroz, patatas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Pan, cereales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Dulces (galletas, bollería, caramelos, mermeladas, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Snacks o comidas saladas (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas o pepinillos) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

72. En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?

Sí _____ 1

No _____ 6 → **Módulo H**

73. ¿Cuál es la razón principal por la que el/la niño/a sigue esta dieta o régimen especial?

- Para perder peso _____ 1
- Para mantener su peso actual _____ 2
- Para vivir más saludablemente _____ 3
- Por una enfermedad o problema de salud _____ 4
- Por otra razón _____ 5

H. Prácticas preventivas

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre prácticas preventivas relacionadas con la salud del/de la niño/a.*

74. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 3 años — 1 —> **P76**

el/la niño/a tiene 3 años o más — 6 —> **P75**

75. Ahora le voy a preguntar sobre la higiene dental del niño/a, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?

(Se considera que un/a niño/a se ha cepillado los dientes tanto si la limpieza dental la realiza únicamente el/ la menor como si un adulto la completa o ayuda a completar).

Entrevistador/a: anote lo que responda espontáneamente la persona encuestada.

- Más de tres veces al día _____ 01
- Tres veces al día _____ 02
- Por la mañana y por la noche _____ 03
- Por la mañana y después de comer _____ 04
- Después de comer y por la noche _____ 05
- Una vez al día por la mañana _____ 06
- Una vez al día después de comer _____ 07
- Una vez al día por la noche _____ 08
- Ocasionalmente, no todos los días _____ 09
- Nunca _____ 10
- Otra _____ 11

76. ¿Alguna persona fuma en la vivienda delante del/de la niño/a?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5

77. Cuando va en automóvil, ¿va sujeto/a el/la niño/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad, como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

- | | Siempre | Casi siempre | Casi nunca | Nunca |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Por ciudad _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 02. Por carretera _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

78. ¿Se ha vacunado el/la niño/a de la gripe en la última campaña?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 —> **Módulo I**

79. ¿Quién indicó que se vacunara al/a la niño/a?

- Un/a profesional sanitario/a, por la edad del/de la niño/a _____ 1
- Un/a profesional sanitario/a, por las enfermedades del/ de la niño/a ____ 2
- Un/a profesional sanitario/a, por otras razones _____ 3
- Le ponen la vacuna en el centro de estudio _____ 4
- Solicitaron la vacuna porque prefieren que el/ la niño/a esté vacunado/a 5
- Otros _____ 6

I. Discriminación

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación quisiera hacerle unas preguntas sobre discriminación. Por favor intente responder pensando en lo que el/la niño/a respondería.*

80. En el último año, ¿el/la niño/a ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, clase social o religión?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → **P82**

81. Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año el/la niño/a se ha sentido discriminado/a, las causas y la frecuencia

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: *Voy a entregarle una hoja con las respuestas a las preguntas sobre la frecuencia con la que el/la niño/a ha podido experimentar discriminación. Cuando le pregunte dígame sólo el número de su respuesta. Entregue la tarjeta Men-2. Plantee una a una cada situación, y en caso de respuesta afirmativa pregúntele, para cada causa, la frecuencia de esta discriminación.*

¿Se ha sentido discriminado en alguna de las siguientes situaciones?		¿Por cuál/les de las siguientes causas se ha sentido discriminado el niño/a?			
		A. ¿Por sexo?	B. ¿Por etnia o país?	C. ¿Por clase social?	D. ¿Por religión?
1. En el colegio	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
2. Al recibir asistencia sanitaria	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
3. En un sitio público (incluye la calle)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
	No <input type="checkbox"/> 6	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4

82. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 8 años 1 → **Módulo K**

el/la niño/a tiene 8 años o más 6 → **Módulo J**

J. Calidad de vida (últimos 7 días)

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido _____ (mencione el nombre del/de la niño/a objeto de las preguntas) en los últimos siete días. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir procure dar la respuesta que daría el/la niño/a.*

83. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido bien y en forma?

Nada 1

Un poco 2

Moderadamente 3

Mucho 4

Muchísimo 5

84. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido lleno de energía?

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

85. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido triste?

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

86. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido solo/a?

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

87. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

88. Durante los últimos, 7 días ¿el/la chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

89. Durante los últimos 7, días ¿los padres del/de la chico/a le han tratado de forma justa?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

90. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha divertido con sus amigos/as?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

91. Durante los últimos 7 días, ¿al/a la chico/a le ha ido bien en el colegio? Si no va a clase en estos días, piense en la última semana que ha ido al colegio

- Nada _____ 1
Un poco _____ 2
Moderadamente _____ 3
Mucho _____ 4
Muchísimo _____ 5
-

92. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido prestar atención?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

K. Características personales

93. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto el/la niño/a limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

Gravemente limitado/a _____ 1

Limitado/a pero no gravemente _____ 2

Nada limitado/a _____ 3 → **Nota entrevistador/a previa a P95**

94. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

Físico _____ 1

Mental _____ 2

Ambos _____ 3

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: Para terminar, le voy a hacer unas preguntas sobre las características físicas del niño/a.

95. ¿Podría decirme cuánto pesa el/la niño/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en Kg → No sabe/no recuerda No contesta

96. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm. → No sabe/no recuerda No contesta

97. Y, en relación a su estatura, diría que el peso del/de la niño/a es:

Bastante mayor de lo normal _____ 1

Algo mayor de lo normal _____ 2

Normal _____ 3

Menor de lo normal _____ 4

98. Hora de finalización de la entrevista: _____ Hora Minutos

