

---

**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD  
2017**

***CUESTIONARIO DE MENORES***

**Entrevistador, léale al informante: “Las siguientes preguntas conciernen únicamente al @niño/a @seleccionado/a: es decir a:”**

**“Nombre Apellido1 Apellido2” (niño seleccionado).**

**Sexo** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_ años

**Número de orden:** \_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL PROXY

**Informante\_1. ¿Es miembro del hogar el informante?**

- Sí \_\_\_\_\_  1 → Listado de adultos del hogar desplegable | \_ \_ |
- No \_\_\_\_\_  2

Si Informante\_1= 1 debe aparecer un listado de personas adultas del hogar desplegable para seleccionar su nº de orden.

**Informante\_2. Nombre del informante:** \_\_\_\_\_

**Informante\_3. Nombre del informante:** \_\_\_\_\_

**Informante\_4. Sexo del informante:**

- 1 Hombre     2 Mujer

**Informante\_5. ¿Cuál es la relación del informante con @el/la menor @seleccionado/a?**

- Padre/madre \_\_\_\_\_  1
- Tutor/a \_\_\_\_\_  2
- Hermano/a \_\_\_\_\_  3
- Abuelo/a \_\_\_\_\_  4
- Otros familiares \_\_\_\_\_  5
- Servicios Sociales \_\_\_\_\_  6
- Otra relación \_\_\_\_\_  7

## A. NACIONALIDAD DEL MENOR SELECCIONADO.

Introducción P.1: **Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre la nacionalidad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”**

**1. ¿Cuál es el país de nacimiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- España \_\_\_\_\_  1
- Extranjero \_\_\_\_\_  2 → 1b- Seleccionar País
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**2. ¿Y cuál es la nacionalidad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- Española \_\_\_\_\_  1
- Extranjera \_\_\_\_\_  2 → 2b- Seleccionar País
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Nota P.2: **Se admite respuesta múltiple**

Si (P1 = 1) → ir a P4

**3. ¿Cuántos años lleva residiendo en España?**

- N° de años    **NS**  98 **NC**  99

## MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

### B. ESTADO DE SALUD Y MORBILIDAD CRÓNICA

Introducción P4: **Entrevistador/a**, léale al informante: **“Vamos a comenzar hablando de la salud de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”**

**4. En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?**

Nota P.4: **No se leen las opciones.**

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

**5. A continuación le voy a leer una lista de enfermedades o problemas de salud. ¿Dígame si padece o ha padecido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna vez alguna de ellas?**

Nota P5.1: **Entrevistador/a**, léale al informante las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda.

Si P.5a = 1 para una enfermedad (hasta la **opción 9**) → Ir a P.5b y P.5c de esa enfermedad

Si P.5a = 6, 8 ó 9 para una enfermedad → Ir a P.5a de la siguiente enfermedad

Si el niño/a es  $\leq 2$  años, NO aparecerá la opción 8.a

	5.a ¿Alguna vez ha padecido ...?	5.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	5.c ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?
1. Alergia crónica (asma alérgica excluida)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Diabetes	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Epilepsia	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, ...)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
8. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
8.1 Autismo o trastornos del espectro autista (TEA) (solo >2 años)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
9. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)		
9.1. Enfermedad 1: .....		<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
9.2. Enfermedad 2: .....		<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

**6. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) @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
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.6 = (3, 8, ó 9) → ir a P.8

**7. ¿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
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**C. ACCIDENTALIDAD (últimos doce meses)**

Introducción P.8: **Entrevistador/a**, léale al informante: **“A continuación voy a preguntarle si \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses”**.

**8. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes tipos de accidente en el que haya resultado @herido/a o @lesionado/a?**

Nota P.8: Se incluyen los casos de intoxicación, picaduras de insectos y las heridas provocadas por animales. Se excluyen los actos intencionados por parte de otra persona.

	Sí	No	No sabe	No contesta
<b>A. Accidente de tráfico</b>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
<b>B. Accidente en casa</b>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
<b>C. Accidente durante su tiempo libre</b>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
<b>D. Accidente en el lugar de estudio, colegio o guardería</b>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Si P8.A=1 o P8.B=1 P8.C=1 o P8.D=1 → Ir a P.9  
 En otro caso, ir a Introducción P.12

**9. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este/os accidente/s?**

Nota P.9: No se admite respuesta múltiple. En caso de que el menor haya tenido más de un accidente, la respuesta debe reflejar la atención médica recibida por el accidente más grave.

- Ingresó en un hospital \_\_\_\_\_  1
- Acudió a un centro de urgencias \_\_\_\_\_  2
- Consultó a un médico o enfermera \_\_\_\_\_  3
- No hizo ninguna consulta ni intervención \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**11. ¿Qué efecto o daño le produjo a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) este accidente?**

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales \_\_\_\_\_  1
- Fracturas o heridas profundas \_\_\_\_\_  2
- Envenenamiento o intoxicación \_\_\_\_\_  3
- Quemaduras \_\_\_\_\_  4
- Otros efectos \_\_\_\_\_  5
- No le produjo daños \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**D. RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas dos semanas)**

Introducción P.12: **Entrevistador/a**, léale al informante: "A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en las actividades habituales de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las 2 últimas semanas, es decir, desde \_\_\_\_\_ (indicar el día que corresponde con dos semanas menos), hasta ayer."

**12. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?**

- Sí \_\_\_\_\_  1 → **12b- ¿Cuántos días?**   **NS**  98 **NC**  99
- No \_\_\_\_\_  2

Nota P.12: **Entrevistador/a**, si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

Si P.12 = 1 se activa P.12b.

**13. Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha visto @obligado/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado @hospitalizado/a considere también los días pasados en el hospital).**

- Sí \_\_\_\_\_  1 → **13b- ¿Cuántos días?**   **NS**  98 **NC**  99
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.13 = 1 se activa P.13b

Filtro P.14:

Si el menor seleccionado tiene menos de 4 años → ir a P.16 (Módulo de Utilización de Servicios Sanitarios).

Si tiene 4 ó más años pero menos de 8 → ir a P.15 (Módulo de Salud Mental).

Si tiene 8 años ó más → ir a P.14 (Módulo de Calidad De Vida).

## E. CALIDAD DE VIDA (últimos 7 días)

Introducción P.14: **Entrevistador/a**, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en los últimos 7 días. Por favor conteste las preguntas pensando en qué contestaría \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”

**14.1. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido bien y en forma?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9



14.2. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido @lleno/a de energía?

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.3. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido triste?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.4. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido @solo/a?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.5. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha tenido suficiente tiempo para @él/ella?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.6. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.7. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha divertido con sus amigos?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.8. Durante los últimos 7 días, ¿a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) 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
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.9. Durante los últimos 7 días, ¿ \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha podido prestar atención?

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Casi nunca \_\_\_\_\_  2
- Algunas veces \_\_\_\_\_  3
- Casi siempre \_\_\_\_\_  4
- Siempre \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**F. SALUD MENTAL (últimos 6 meses)**

Solo para niño/a seleccionado/a de 4 y más años.

15. A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). Después de cada frase, dígame si *No es cierto*, si es *Un tanto cierto* o *Absolutamente cierto*, dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). Por favor, responda basándose en el comportamiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) durante los últimos 6 meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto	No sabe	No contesta
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (9)
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (9)
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (9)
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (9)

Lista que debe aparecer en la pregunta P.15:

1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas
2. Es @inquieto/a, @hiperactivo/a, no puede permanecer @quieto/a por mucho tiempo
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas
4. Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio
6. Es más bien @solitario/a y tiende a jugar @solo/a
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece @inquieto/a o @preocupado/a
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo
10. Está continuamente moviéndose y es @revoltoso/a
11. Tiene por lo menos un buen amigo
12. Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos
13. Se siente a menudo infeliz, @desanimado/a o @lloroso/a
14. Por lo general cae bien a los otros niños
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse
16. Es @nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde

---

la confianza en sí @ mismo/a
17. Trata bien a los niños más pequeños
18. A menudo miente o engaña
19. Los otros niños se meten con @él/ella o se burlan de @él/ella
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)
21. Piensa las cosas antes de hacerlas
22. Roba en casa, en la escuela o en otros sitios
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración

**MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA**

**G. CONSULTAS MÉDICAS Y OTROS SERVICIOS SANITARIOS**

**Introducción P.16:** Entrevistador/a, léale al informante: “El siguiente grupo de preguntas hace referencia a las consultas con el médico o pediatra por algún problema, molestia o enfermedad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). Por favor, incluya tanto las visitas a la consulta del médico, como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas.”

**16. ¿Cuándo fue la última vez que consultó al pediatra de cabecera, médico general o médico de familia por algún problema de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- En las últimas 4 semanas \_\_\_\_\_  1  
 Entre 4 semanas y 12 meses \_\_\_\_\_  2  
 Hace 12 meses o más \_\_\_\_\_  3  
 Nunca \_\_\_\_\_  4

Si P.16= 2 → Imputar P.17=00 e ir a Introducción P.18

Si P.16= 3,4 → Ir a Introducción P.18

**17. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el \_\_\_\_\_ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces ha consultado con el pediatra de cabecera, médico general o médico de familia por algún problema de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

|\_|\_| N° de veces      NS  98    NC  99

**Introducción P.18:** Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a consultas a especialistas. Se incluyen sólo las visitas a médicos en consultas externas o ambulatorias, pero no las

visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en un hospital de día. No deben incluirse las visitas al dentista, aunque sí al cirujano maxilofacial.”

18. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista por algún problema, molestia o enfermedad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- En las últimas 4 semanas \_\_\_\_\_  1  
 Entre 4 semanas y 12 meses \_\_\_\_\_  2  
 Hace 12 meses o más \_\_\_\_\_  3  
 Nunca \_\_\_\_\_  4  
 No sabe \_\_\_\_\_  8  
 No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.18= 2, 3, 4, 8, 9 → Ir a Filtro P.20

18B. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el \_\_\_\_\_ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces consultó a un especialista por algún problema de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

|\_|\_| N° de veces      NS  98    NC  99

#### FILTRO P.19:

Si P.16=1 y P.18=1 → Ir a P.19

En otro caso → Ir a Filtro P.20

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

- Médico de familia o médico general \_\_\_  1
- Pediatra de cabecera \_\_\_\_\_  2
- Otro Especialista \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Filtro 20:

Si P16=1 o P18=1 → ir a P.20

En otro caso ir a P.25

**20. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada en estas últimas 4 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 de una sociedad \_\_\_\_\_  06
- Consulta de médico particular \_\_\_\_\_  07
- Escuela, colegio, instituto \_\_\_\_\_  08
- Domicilio del menor \_\_\_\_\_  09
- Consulta telefónica \_\_\_\_\_  10
- Otro lugar \_\_\_\_\_  11
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Si P.20 = 04 ó 05 → ir a P.24

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

- Diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud \_\_\_\_\_  1
- Un accidente o agresión \_\_\_\_\_  2
- Control de salud (Programa de atención al niño sano) y/o vacunación \_\_\_\_\_  3
- Otros motivos \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.21 <> 1 → ir a Filtro P.24

**22. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) empezó a notarse @enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió cita para consulta?**

- Meses \_\_\_\_\_  1
- Días \_\_\_\_\_  2
- Horas \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99



23. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió cita para consulta y el médico vio a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Filtro P.24:

Si P.20 = 01 ó 02 → Marcar P.24 = 1 e Ir a P.25

Si P.20 = 06 ó 07 → Disponibles en P.24 solo respuestas 2, 3, 8 y 9

Si P.20 = 08 → Marcar P.24 = 4 e Ir a P.25

24. El médico al que acudió en esta última consulta realizada para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Sociedad médica \_\_\_\_\_  2
- Consulta privada \_\_\_\_\_  3
- Otros (médico escolar...) \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

25. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado o consultado para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Laboratorio de análisis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Enfermero/a o matrona	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Psicólogo/a, psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Logopeda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

**26. Durante los últimos 12 meses, es decir desde (fecha de hace un año), ¿le han realizado a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna de las siguientes pruebas?**

	Sí	No	No sabe	No contesta
Radiografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
TAC o escáner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ecografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**27. Durante los últimos 12 meses, es decir desde (fecha de hace un año), ¿ha consultado para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un....?**

	Sí	No	No sabe	No contesta
Homeópata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Acupuntor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Naturista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Introducción P.28: **Entrevistador/a**, léale al informante: **“A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre la salud dental de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”**

**28. ¿Cuánto tiempo hace que acudió \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a su dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?**

- Hace 3 meses o menos \_\_\_\_\_  1 →28b-¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ **NS**  98 **NC**  99
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses \_\_\_\_\_  2
- Hace un año o más \_\_\_\_\_  3
- Nunca ha ido \_\_\_\_\_  4

Si P.28 = 1 se activa P.28b

Si P.28 = 4 → ir a Filtro P.31

29. La última vez que acudió \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

- |  | <u>SI</u>                  | <u>NO</u>                  | <u>NS</u>                  | <u>NC</u>                  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Revisión o chequeo _____                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Limpieza de boca _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Empastes (obturaciones), endodoncias, sellado de fisuras _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Extracción de algún diente/muela _____                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Tratamiento de las enfermedades de las encías _____            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Ortodoncia _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Aplicación de flúor _____                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Otro tipo de asistencia _____                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

30. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) esta última vez era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social, ayuntamiento, consulta privada financiada por el gobierno autónomo) \_\_\_\_\_  1
- Sociedad médica \_\_\_\_\_  2
- Consulta privada \_\_\_\_\_  3
- Otros \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Filtro P.31:

Si el niño tiene menos de un año → Ir a P.31

Si tiene un año o más → Ir a P.32

31. ¿Le ha salido algún diente?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Pasar a introducción P.33

32. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- |  | <b>SI</b>                  | <b>NO</b>                  | <b>NS</b>                  | <b>NC</b>                  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Tiene caries _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Le han extraído dientes/muelas _____                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Tiene dientes/muelas empastados (obturados) o sellados _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Los dientes que tiene están sanos _____                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

## H. HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

Introducción P.33: **Entrevistador**, léale al informante: “Las siguientes preguntas tratan sobre posibles ingresos de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en hospitales.”

33. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido que ingresar \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2

Nota P.33: **Entrevistador/a**, incluye ingresos en cama o sillón cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

Si P.33 = 2 → ir a P.41

34. ¿Cuántas veces ha estado \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) @hospitalizado/a en estos últimos 12 meses?

Nº de veces  **NS**  98 **NC**  99

Nota P.34: **Entrevistador/a**: Anote 00 si el menor seleccionado está actualmente hospitalizado en el momento de la entrevista y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

35- En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo @ingresado/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el hospital?

Nº de días | \_ \_ \_ |

**NS**  998 **NC**  999

**Nota P.35: Entrevistador/a:** Anote 00 si el menor seleccionado está actualmente hospitalizado en el momento de la entrevista y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

36. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el hospital?

- Intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  1
- Estudio médico para diagnóstico \_\_\_\_\_  2
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  3
- Otros motivos \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

37. ¿Estuvo \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en lista de espera por este motivo?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.37 = (2, 8 ó 9) → ir a P40

38. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Nº de meses | \_ \_ |

**NS**  98 **NC**  99

**Nota P.38: Entrevistador/a,** si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.

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

- Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) \_\_\_\_\_  2
- Sociedad médica privada \_\_\_\_\_  3
- A su propio cargo o de su hogar \_\_\_\_\_  4
- A cargo de otras personas, organismos o instituciones \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**41. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido @atendido/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) 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?**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Nota P.41: **Entrevistador/a**, incluye ingresos en cama o sillón cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

Si P.41= (2, 8 ó 9) → ir a P.44

**42. ¿Cuántos días ha tenido que acudir \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un Hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?**

Nº de días | \_ \_ |      **NS**  998    **NC**  999

**43. ¿Cuál fue el motivo del último ingreso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el Hospital de día?**

- Un tratamiento \_\_\_\_\_  1
- Una intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  2
- Otros motivos \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Introducción P.44: **Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar con la utilización de servicios sanitarios, voy a preguntarle por la posible utilización de los servicios de urgencias por parte de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”**

**44. En estos últimos 12 meses ¿ha tenido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2

Si P.44 = 2 → ir a P.51

**45. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un servicio de urgencias en estos 12 meses?**

Nº de veces \_\_\_\_\_ NS  998 NC  999

**46. ¿Dónde fue @atendido/a la última vez?**

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, colegio, guardería, ...)  1
- En una unidad móvil \_\_\_\_\_  2
- En un centro o servicio de urgencias \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Nota P.46: **Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.**

**47. La última vez que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) 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?**

- Días \_\_\_\_\_  1
- Horas \_\_\_\_\_  2
- Minutos \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Se admite respuesta múltiple, pueden ir cumplimentadas la primera, segunda o las tres primeras opciones. Las opciones NS/NC son incompatibles con las demás.

**48. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) fue @atendido/a?**

- Minutos \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

**Nota P.48:** Entrevistador/a, si la asistencia fue inmediata anotar 00 horas y en minutos.

**49. Y también esta última vez que utilizó \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?**

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, Ambulatorio, etc. \_\_\_\_\_  2
- Sanatorio, hospital o clínica privada \_\_\_\_\_  3
- Servicio privado de urgencias \_\_\_\_\_  4
- Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento \_\_\_\_\_  5
- Otro tipo de servicio \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.49 <> 1 → ir a P.51

**50. ¿Por qué fue \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un servicio de urgencias?**

- Porque el médico se lo mandó \_\_\_\_\_  1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9



**51. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.51 = (2, 8 ó 9) → ir a P.53

**52. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) no ha recibido esa asistencia?**

- No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro) \_\_\_\_\_  1
- Había que esperar demasiado \_\_\_\_\_  2
- Nadie pudo dejar las obligaciones familiares o laborales y llevar al/ a la @niño/a \_\_\_\_\_  3
- Demasiado lejos para viajar/ sin medios de transporte \_\_\_\_\_  4
- Miedo al médico/hospitales/ exploraciones médicas/tratamiento \_\_\_\_\_  5
- Quisimos esperar y ver si el problema del/de la @niño/a mejoraba por sí solo \_\_\_\_\_  6
- Otras razones \_\_\_\_\_  7
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**53. ¿Podría decirme ahora, de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) titular o @beneficiario/a?**

- Sanidad pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social \_\_\_\_\_
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado \_\_\_\_\_
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.) \_\_\_\_\_
- Seguro médico concertado por la empresa \_\_\_\_\_
- No tengo seguro médico \_\_\_\_\_
- Otras situaciones \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

## I. CONSUMO DE MEDICAMENTOS (últimas 2 semanas)

Introducción P.54: **Entrevistador**, léale al informante: “Pasemos al consumo de medicamentos de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las 2 últimas semanas.”

**54. Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas.**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2 → ir a P.57

**55. A continuación voy a mostrarle una lista de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las últimas 2 semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?**

**Nota P.55:** **Entrevistador/a**, léale al informante la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido el niño/a o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fue o no recetado por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna **Recetado**.

	Consumido				Recetado			
	SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios_	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos_	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
5. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
8. Medicamentos para el asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
9. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
10. Medicinas para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
11. Medicamentos para los vómitos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
12. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
13. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Sólo se activará la correspondiente P.55\_Recetado para las opciones en las que P55\_Consumido = 1.

**56. Por favor, dígame también si \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha consumido en las últimas 2 semanas...**

- |                                | <u>SI</u>                  | <u>NO</u>                  | <u>NS</u>                  | <u>NC</u>                  |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Productos homeopáticos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Productos naturistas _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

## MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

### J. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción P.57: **Entrevistador/a**, léale al informante: “**Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el peso y la talla de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).**”

**57. ¿Podría decirme cuánto pesa \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado), aproximadamente, sin zapatos ni ropa?**

Peso en Kg → | \_ \_ \_ |      **NS**  998    **NC**  999

**58. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?**

Altura en cm → | \_ \_ \_ |      **NS**  998    **NC**  999

**59. Y, en relación a su estatura, diría que el peso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) es:**

- Bastante mayor de lo normal \_\_\_\_\_  1
- Algo mayor de lo normal \_\_\_\_\_  2
- Normal \_\_\_\_\_  3
- Menor de lo normal \_\_\_\_\_  4
- **No sabe** \_\_\_\_\_  8
- **No contesta** \_\_\_\_\_  9

## K. DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

**Introducción1 P.60:** Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) relacionados con la salud.”

**Introducción2 P.60:** Entrevistador/a, continúe leyendo al informante: “Para comenzar le preguntaré sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”

**60. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al día? Incluya las horas de siesta.**

- N° de horas diarias | \_ \_ |

**61. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) realiza alguna actividad física en su tiempo libre?**

- No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) \_\_\_\_\_  1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.) \_\_\_\_\_  2
- Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) \_\_\_\_\_  3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Filtro P.62:

Si el niño seleccionado es menor de 1 año → ir a P.64 (ALIMENTACIÓN)

Si tiene un año o más → Ir a P.62

62. Ahora me gustaría hacerle alguna pregunta más sobre las actividades de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en su tiempo libre.

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo suele pasar \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un día de entresemana frente a una pantalla, incluyendo el ordenador, la tablet, la televisión, los vídeos, los videojuegos o la pantalla del teléfono móvil?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	=>	Nº horas diarias (Promedio diario)	No sabe	No contesta
De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		LLL	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Si P.62 = 3 → Se debe activar la P.62b: 'Nº de horas diarias (Promedio diario)' con un desplegable para seleccionar valores desde 01 hasta 12, NS (98) y NC (99).

63.¿Y cuánto tiempo un día del fin de semana?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	=>	Nº horas diarias (Promedio diario)	No sabe	No contesta
Sábado o domingo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		LLL	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Si P.63 = 3 → Se debe activar la P.63b: 'Nº de horas diarias (Promedio diario)' con un desplegable para seleccionar valores desde 01 hasta 12, NS (98) y NC (99).

Filtro P.64:

Si el niño seleccionado es menor de 5 años → ir a P.64 (Módulo ALIMENTACIÓN)

Si tiene 5 años ó más → Ir a Introducción P.64 y pasar a P.70

## L. ALIMENTACIÓN

Introducción P.64: **Entrevistador**, léale al informante: “Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre los hábitos de alimentación de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”

64. ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) lactancia materna durante los primeros meses de su vida?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.64= (2, 8 ó 9) → ir a P.68

65. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) lactancia materna?

Nota P.65: **Entrevistador/a**, si actualmente se le está dando el pecho, indique su edad actual en meses y días.

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Se admite respuesta múltiple, salvo las opciones NS/NC que son incompatibles con las demás.

66. ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) 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 \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.66= (2, 8 ó 9) → ir a P.68

**67. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?**

**Nota P.67:** 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.

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Se admite respuesta múltiple, salvo las opciones NS/NC que son incompatibles con las demás.

**68. ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) durante algún tiempo lactancia artificial?**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.68= (2, 8 ó 9) → ir a Filtro P.70

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

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

**Filtro P.70:**

Si el niño tiene 1 año o más → Ir a P.70

Si el niño tiene menos de 1 año → P.77

70. ¿Dónde desayuna \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) habitualmente?

- En casa, antes de salir \_\_\_\_\_  1
- Fuera de casa \_\_\_\_\_  2
- No suele desayunar \_\_\_\_\_  3

Si P.70 = 3 → ir a P72.

71- ¿Qué desayuna \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. \_\_\_\_\_
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc. \_\_\_\_\_
- Fruta y/o zumo \_\_\_\_\_
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. \_\_\_\_\_
- Otro tipo de alimentos \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

Nota P.71: **Entrevistador/a**, se admite respuesta múltiple.

Se admite respuesta múltiple excepto las 2 últimas opciones que son excluyentes y borran cualquiera de las otras opciones marcadas.

72. ¿Con qué frecuencia consume \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) los siguientes alimentos?



Alimentos	Frecuencias de consumo							No sabe	No contesta
	Una o más veces al día	De 4 a 6 veces a la semana	Tres veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca			
Fruta fresca (excluyendo zumos)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
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	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Huevos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pescado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pan, cereales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Verduras, ensaladas y hortalizas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Legumbres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Embutidos y fiambres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
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	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Refrescos con azúcar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
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	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Zumo natural de frutas o verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	

\*Solo si P72.1 (Fruta fresca) = 2 y P72.15 (Zumo natural) = 2 → se pasa a la pregunta 72.D

\*En otro caso → Ir a Introducción P.73

**72.D Considerando ahora de manera conjunta el consumo de fruta fresca y zumos naturales de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a la semana, ¿toma a diario al menos uno de ellos?**

- Sí \_\_\_\_\_  1  
 No \_\_\_\_\_  2  
 No sabe \_\_\_\_\_  8  
 No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P72.D = 2, 8, 9 → Ir a P.73

**72.E ¿Cuántas piezas de fruta o vasos de zumo natural consume a diario \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

Se inserta un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS y NC.



73. En el momento actual, ¿sigue \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna dieta o régimen especial?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.73 = (2, 8 ó 9) → ir a Filtro P.75

74- ¿Cuál es la razón principal por la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) 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
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Filtro P.75:

Si el niño tiene menos de 3 años → ir a P.77

Si tiene 3 años ó más → ir a P.75

## M. HIGIENE DENTAL

**Introducción P.75:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre prácticas preventivas relacionadas con la salud de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”

**Nota P.75:** Entrevistador/a, se considera que un niño se ha cepillado los dientes tanto si la limpieza dental la realiza únicamente el menor como si un adulto la completa o ayuda a completar.

**75. Ahora le voy a preguntar sobre la higiene dental de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?**

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Ocasionalmente, no todos los días \_\_\_\_\_  2
- Una vez al día \_\_\_\_\_  3
- Dos veces al día \_\_\_\_\_  4
- Tres o más veces al día \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si P.75 = 1, 2, 5, 8 ó 9 → ir a P77

**76. Y, ¿en qué momento del día acostumbra \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a cepillarse los dientes?**

- Por la mañana \_\_\_\_\_
- Después de comer \_\_\_\_\_
- Por la noche \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.76:** Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

## N. EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

**Introducción P.77:** Entrevistador/a, léale al informante:

“Y la última pregunta se refiere a la exposición del \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al humo del tabaco”.

**77. ¿Con qué frecuencia está @expuesto/a al humo del tabaco en lugares cerrados?**

- Nunca o casi nunca \_\_\_\_\_  1  
Menos de una hora al día \_\_\_\_\_  2  
Entre 1 y 5 horas al día \_\_\_\_\_  3  
Más de 5 horas al día \_\_\_\_\_  4  
No sabe \_\_\_\_\_  8  
No contesta \_\_\_\_\_  9

**Nota P.77:** Entrevistador/a, se refiere a la exposición al humo del tabaco en casa, en el transporte, colegio, lugares públicos, restaurantes...

**INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA****78. Idioma**

**Entrevistador/a**, anote el idioma empleado principalmente por el informante para responder al Cuestionario de Menor:

- Castellano \_\_\_\_\_  1
- Catalán \_\_\_\_\_  2
- Valenciano \_\_\_\_\_  3
- Euskera \_\_\_\_\_  4
- Gallego \_\_\_\_\_  5
- Inglés \_\_\_\_\_  6
- Otro \_\_\_\_\_  7

Se rellenará por defecto según el idioma en que se ha contestado la última pregunta, permitiendo modificaciones.

**P. 79. Nota final**

**Entrevistador/a**, anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario.

**Observaciones**

.....

.....

.....

.....

**FIN DEL CUESTIONARIO DE MENORES**