

Niños menores de 6 años (de 0 a 5)

1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____	_
Nº de orden de la sección _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Municipio _____	
Distrito/sección _____	
Grupo de semanas _____	

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____ |_|

Nº de hogar dentro de la vivienda _____ |

3. Identificación del sujeto de entrevista

Nombre y número de orden del sujeto de entrevista _____ |_|

Edad _____ |_|

Sexo _____ |

4. Identificación del informante

Nombre y número de orden del informante _____ |_|

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre las características y situación de las personas con discapacidad que residen en hogares privados.

La trascendencia de estos objetivos y la característica de 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 fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989. LFEP). Todo el personal tendrá la 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).

Niños menores de 6 años

5. Información relativa a las limitaciones padecidas, deficiencias de origen, ayudas recibidas, y ayudas solicitadas y no recibidas.

Entrevistador, para cumplimentar la tabla 5.1, debe seguir las siguientes instrucciones:

1. **Cabecera:** Consulte el apartado 9, pregunta 9.1 del Cuestionario de Hogar y **transcriba** el número de aquella/s pregunta/s (1 a 14) a las que se ha contestado afirmativamente, es decir, el **niño sujeto de entrevista sí padece** la/s limitación/es.

2. **Ladillo:** Cumplimente los datos solicitados **para cada limitación**, es decir, siguiendo una secuencia vertical.

A) Datos básicos: tipo de ayudas que recibe, tipo de ayudas que han solicitado y no recibe, y severidad, pronóstico evolutivo y deficiencia de origen de cada limitación padecida.

Preguntas 1 a 4. Pregunte al informante para cada limitación que padece el niño de las que figuran anotadas en la cabecera de la tabla, el tipo de **ayudas que recibe**, el tipo de **ayudas que han solicitado y no recibe**, el grado de **severidad de la limitación** y su **pronóstico evolutivo** y anote para cada una de estas variables el código que proceda de los relacionados en la Tabla A. de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 5. A continuación explique al informante que las limitaciones se deben a alguna deficiencia que las origina y pregunte cuál ha sido la **deficiencia de origen** de cada limitación, leyéndole si fuera preciso la relación de deficiencias que figura en la **Tarjeta A**. Anote el literal y el código que corresponda a cada deficiencia, teniendo en cuenta, que si una misma limitación tuviera como origen varias deficiencias, deberá anotar el código de aquella que se obtenga aplicando las **pautas de asignación** de deficiencias.

Antes de cumplimentar los apartados B y/o C, tenga en cuenta lo siguiente:

Si la pregunta 1 (Tipo de ayudas que recibe) o la pregunta 2 (Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe), o ambas preguntas simultáneamente, están cumplimentadas con los códigos **1 ó 3** (es decir el niño recibe, o han solicitado y no recibe **ayudas técnicas**), señale con un aspa el recuadro sombreado del Apartado B. Si estas preguntas están cumplimentadas con los códigos **2 ó 3** (es decir el niño recibe, o han solicitado y no recibe **ayudas de asistencia personal especial**), señale con un aspa el recuadro sombreado del Apartado C. En el caso de que estén cumplimentadas dichas preguntas con el código **4** (es decir **no recibe ni han solicitado ayuda alguna**), pase directamente al Apartado D.

Tenga en cuenta que una misma limitación puede ser en cierto grado superada por la utilización de varias ayudas técnicas (por ejemplo muletas y silla de ruedas) y de diversas ayudas personales (por ejemplo de un familiar y de la Administración Pública) y que alguna de estas ayudas se han podido recibir mientras que otras se han podido solicitar y no recibirse, por lo que las preguntas 6,7,9 y 10 **no son excluyentes entre sí**, y además el régimen económico y el sistema proveedor admiten varias respuestas.

B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Pregunta 6. Para aquellas **ayudas técnicas que recibe**, las considere o no suficientes, pregunte a continuación cuál es el **sistema proveedor** que facilita las ayudas (público, privado con fines de lucro y otro sistema privado), y para **cada sistema su régimen económico**, anotando el código/s que proceda/n de los relacionados en la Tabla B de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 7. Para aquellas **ayudas técnicas que han solicitado y no recibe**, pregunte cuál es el **sistema proveedor** al que se han solicitado estas ayudas no recibidas, y cumplimente con un aspa la/s casilla/s que proceda.

C) Ayudas de asistencia personal especial que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Preguntas 8 y 9. Para aquellas **ayudas de asistencia personal que recibe**, las considere o no suficientes, pregunte la **frecuencia** con que las recibe (pregunta 8), así como el **sistema proveedor** que facilita las ayudas (público, familia y otro sistema privado) y para **cada sistema su régimen económico** (pregunta 9), anotando el código/s que proceda/n de los relacionados en la Tabla C de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 10. Para aquellas **ayudas de asistencia personal que han solicitado y no recibe**, pregunte el **sistema proveedor** al que han solicitado las ayudas no recibidas, y cumplimente con un aspa la/s casilla/s que proceda.

D) Edad del niño al inicio de la limitación. Por último pregunte para cada limitación, qué **edad** tenía el niño al inicio de la misma. Si tenía una edad inferior a 1 año, anote **00**.

Tablas de códigos auxiliares de la Tabla 5.1

Tabla A de códigos: Tipo de ayudas que recibe, tipo de ayudas que han solicitado y no recibe, severidad y pronóstico evolutivo de la limitación

Tipo de ayudas que recibe (Si el niño recibe una ayuda, aunque se considere insuficiente, anote que SI la recibe)	Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe	Severidad de la limitación: Dificultad para realizar cada actividad con ayudas, en el caso que las reciba	Pronóstico evolutivo de la limitación
1. Sólo ayudas técnicas (adaptaciones, prótesis, sillas de ruedas, etc.) 2. Sólo asistencia personal especial (ayuda física, supervisión de tareas, etc) 3. Ayudas técnicas y asistencia personal especial 4. No recibe ayuda alguna	1. Sólo ayudas técnicas (adaptaciones, prótesis, sillas de ruedas, etc.) 2. Sólo asistencia personal especial (ayuda física, supervisión de tareas, etc) 3. Ayudas técnicas y asistencia personal especial 4. No ha solicitado ayuda alguna	1. Sin dificultad alguna 2. Con dificultad moderada 3. Con dificultad grave 4. No puede realizar la actividad	1. Es recuperable 2. Es mejorable pero con restricciones 3. Es estable, sin perspectivas de mejora 4. Puede empeorar 5. No se puede determinar el pronóstico evolutivo

Tabla B de códigos: Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe.

Régimen económico
1. De forma gratuita 2. Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados) 3. Pago mixto (público y privado)

Tabla C de códigos: Frecuencia y régimen económico de las ayudas de asistencia personal especial que recibe.

Frecuencia con que recibe las ayudas de asistencia personal especial	Régimen económico
1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Ocasionalmente 4. Casi nunca	1. De forma gratuita 2. Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados) 3. Pago mixto (público y privado)

5.1. Limitaciones padecidas por el niño: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada limitación y ayudas técnicas y de asistencia personal especial que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Limitaciones	1	2
Características	┌──┐	┌──┐
A) Datos básicos 1. Tipo de ayudas que recibe _____ 2. Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe _____ 3. Severidad de la limitación _____ 4. Pronóstico evolutivo de la limitación _____ 5. Deficiencia de origen (anote deficiencia y código) _____	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐	┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐
B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 6. Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe en cada sistema proveedor 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____ 7. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas técnicas que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
C) Ayudas de asistencia personal especial que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 8. Frecuencia de las ayudas de asistencia personal especial que recibe 9. Régimen económico de las ayudas de asistencia personal especial que recibe en cada sistema proveedor. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____ 10. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas de asistencia personal especial que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ┌──┐ ┌──┐ ┌──┐ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
D) Edad al inicio de la limitación	┌──┐	┌──┐

5.1. Limitaciones padecidas por el niño: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada limitación y ayudas técnicas y de asistencia personal especial que recibe, y/o que han solicitado y no recibe (continuación).

Limitaciones	7	8
Características	_ _	_ _
A) Datos básicos		
1. Tipo de ayudas que recibe _____	_	_
2. Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe _____	_	_
3. Severidad de la limitación _____	_	_
4. Pronóstico evolutivo de la limitación _____	_	_
5. Deficiencia de origen (anote deficiencia y código)_____	_ _	_ _
B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe en cada sistema proveedor		
1. Público _____	_	_
2. Privado con fines de lucro _____	_	_
3. Otro sistema privado _____	_	_
7. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas técnicas que han solicitado y no recibe.		
1. Público _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Privado con fines de lucro _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Otro sistema privado _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
C) Ayudas de asistencia personal especial que recibe, y/o que han solicitado y no recibe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Frecuencia de las ayudas de asistencia personal especial que recibe	_	_
9. Régimen económico de las ayudas de asistencia personal especial que recibe en cada sistema proveedor.		
1. Público _____	_	_
2. Familia _____	_	_
3. Otro sistema privado _____	_	_
10. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas de asistencia personal especial que han solicitado y no recibe.		
1. Público _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Familia _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Otro sistema privado _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
D) Edad al inicio de la limitación	_ _	_ _

Entrevistador: Cumplimente la pregunta 5.2, sólo si en la Tabla 5.1, pregunta 5. Deficiencia de origen, figuran anotadas distintas deficiencias. En caso contrario, pase a la pregunta 5.3.

5.3. Deficiencias de origen de las limitaciones: causa, duración y edad al inicio de las deficiencias.

Entrevistador para cumplimentar la tabla 5.3, debe seguir las siguientes instrucciones:

Cabecera: Consulte la Tabla 5.1 y transcriba el código/s de la/s deficiencia/s de origen que figura/n en la pregunta 5, siguiendo el mismo orden. Cuando una misma deficiencia aparezca repetida varias veces, anótelas **una sola vez**, no repitiendo por tanto el mismo código de deficiencia en la cabecera de esta tabla.

Ladillo: A continuación pregunte para cada una de las deficiencias, las características que figuran en el ladillo. En relación a la cuestión 3, si al inicio de la deficiencia el niño tenía una edad inferior a 1 año, anote 00.

Deficiencias	1	2	3	4	5	6
Características	____	____	____	____	____	____
1. Problema que causó la deficiencia.						
Congénito _____	<input type="checkbox"/> 1					
Problemas en el parto _____	<input type="checkbox"/> 2					
Accidente de tráfico _____	<input type="checkbox"/> 3					
Accidente doméstico _____	<input type="checkbox"/> 4					
Accidente de ocio _____	<input type="checkbox"/> 5					
Otro tipo de accidente _____	<input type="checkbox"/> 6					
Enfermedad común _____	<input type="checkbox"/> 7					
Otras causas _____	<input type="checkbox"/> 8					
2. Duración de la deficiencia						
Permanente _____	<input type="checkbox"/> 1					
No permanente _____	<input type="checkbox"/> 6					
3. Edad al inicio de la deficiencia	____	____	____	____	____	____

Deficiencias	7	8	9	10	11	12
Características	____	____	____	____	____	____
1. Problema que causó la deficiencia.						
Congénito _____	<input type="checkbox"/> 1					
Problemas en el parto _____	<input type="checkbox"/> 2					
Accidente de tráfico _____	<input type="checkbox"/> 3					
Accidente doméstico _____	<input type="checkbox"/> 4					
Accidente de ocio _____	<input type="checkbox"/> 5					
Otro tipo de accidente _____	<input type="checkbox"/> 6					
Enfermedad común _____	<input type="checkbox"/> 7					
Otras causas _____	<input type="checkbox"/> 8					
2. Duración de la deficiencia						
Permanente _____	<input type="checkbox"/> 1					
No permanente _____	<input type="checkbox"/> 6					
3. Edad al inicio de la deficiencia	____	____	____	____	____	____

5.4. ¿Le han diagnosticado al niño alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	NO
1. Espina bífida/hidrocefalia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Síndrome de Down _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Autismo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Hemofilia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Parálisis cerebral _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Traumatismo craneoencefálico _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Enfermedad mental _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Sida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Retinosis pigmentaria _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Distrofia muscular _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Esclerosis lateral o múltiple _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

5.5. ¿Cuántos hijos tuvo la madre del niño antes de nacer éste?. Contabilice la totalidad de hijos que haya tenido la madre del niño antes de su nacimiento, tanto los actualmente vivos como los ya fallecidos.

Nº de hijos _____

5.6. ¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño?

Menos de 20 años _____	<input type="checkbox"/> 1
Entre 20 y 29 años _____	<input type="checkbox"/> 2
Entre 30 y 34 años _____	<input type="checkbox"/> 3
Entre 35 y 39 años _____	<input type="checkbox"/> 4
40 o más años _____	<input type="checkbox"/> 5

6. Información relativa a los cuidados personales especiales

Entrevistador: Consulte en la Tabla 5.1, pregunta 1, el tipo de ayudas que recibe el niño.

Si recibe ayudas de asistencia personal especial (códigos 2 ó 3), cumplimente las preguntas de este apartado.

Si no recibe ayudas de asistencia personal especial (códigos 1 ó 4), pase al apartado 7.

6.1. Indique dónde residen las personas que le prestan cuidados especiales al niño. Si son residentes en el hogar (SI en opciones 1 y/o 2), consulte el **Cuestionario de hogar**, apartado 6. **Datos sobre las personas del hogar**, y transcriba el número de orden de la persona que **dedica más tiempo** al cuidado del niño, en cada opción.

- | | | Nº orden |
|---|---------------------------------------|----------|
| 1. En el hogar y son miembros del mismo _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 → _____ | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |
| 2. En el hogar y son personas empleadas o huéspedes fijos _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 → _____ | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |
| 3. Fuera del hogar _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |

Entrevistador: Siempre que figure cumplimentada la opción 3 con SI, pase a la pregunta 6.2.
En caso contrario pase a la pregunta 6.3.

6.2. Indique quiénes son las personas no residentes en el hogar que le prestan cuidados especiales al niño.

- | | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Su madre _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 5. Empleados en el hogar no residentes _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Su padre _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 6. Amigos de la familia _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Su abuelo/a _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 7. Vecinos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Otros parientes _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 8. Servicios sociales de las AA.PP. _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| | | | 9. Servicios sociales de organismos no públicos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

6.3. Si le prestan cuidados especiales al niño más de una persona, ¿quién es la que se dedica principalmente?

1. Si esta persona reside en el hogar, anote su número de orden _____
2. Si esta persona no reside en el hogar, anote el código que tenga asignado en la pregunta 6.2. _____

Entrevistador: Las restantes preguntas de este apartado se refieren a la **persona que se dedica principalmente** al cuidado del niño sujeto de entrevista, que está identificada por su número de orden.

6.4. ¿Cuántas horas a la semana dedica por término medio a prestar estos cuidados?

- Menos de 7 horas _____ 1
- De 7 a 14 horas _____ 2
- De 15 a 30 horas _____ 3
- De 31 a 40 horas _____ 4
- De 41 a 60 horas _____ 5
- Más de 60 horas _____ 6

6.5. ¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados?

- Menos de 1 año _____ 1
- De 1 hasta 2 años _____ 2
- De 2 hasta 4 años _____ 3
- De 4 hasta 6 años _____ 4

6.6. ¿Qué actividades o relaciones ha tenido que reducir sustancialmente o suprimir para poder dedicarse a estos cuidados? Esta pregunta se refiere solamente al cuidador residente en el hogar y la información debe ser facilitada por el propio cuidador. En cualquier otro caso no cumplimente esta pregunta.

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ninguna porque éste es su trabajo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Su trabajo remunerado o estudios _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Su trabajo doméstico _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Su vida familiar _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Otras actividades habituales _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Ninguna en especial _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

6.7. ¿Percibe algún tipo de compensación económica por prestar estos cuidados?

- Sí, regularmente _____ 1
- Sí, de vez en cuando _____ 2
- No, nunca _____ 3

7. Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a Organizaciones no Gubernamentales como consecuencia del padecimiento de alguna limitación

7.1. Debido al padecimiento de alguna limitación ¿ha tenido el niño alguna vez que cambiar de vivienda y/o de lugar de residencia?.

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 7.6

Entrevistador: Si el niño ha efectuado más de un cambio de vivienda y/o de lugar de residencia debido al padecimiento de alguna/s limitación/es, refiérase en la siguiente pregunta al **primer cambio efectuado**.

7.2. ¿De qué tipo fue el primer cambio efectuado?

Cambió de vivienda dentro del mismo municipio _____ 1 → pasar a 7.5
Cambió de municipio dentro de la misma provincia _____ 2 → provincia [] → pasar a 7.4
Cambió de provincia _____ 3 → pasar a 7.3

7.3. Indique la provincia de residencia antes y después del primer cambio efectuado, a consecuencia de alguna limitación. Anote literales y códigos.

1. Provincia de residencia antes del primer cambio _____ []
2. Provincia de residencia después del primer cambio _____ []

7.4. Indique el municipio de residencia antes y después del primer cambio efectuado, a consecuencia de alguna limitación. Anote literales y códigos.

1. Municipio de residencia antes del primer cambio _____ []
2. Municipio de residencia después del primer cambio _____ []

7.5. ¿Cuál fue la razón principal que motivó el cambio de residencia?

Ingresar en un establecimiento colectivo por un período superior a seis meses _____ 1
Mejor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales _____ 2
Razones medioambientales _____ 3
Recibir atención familiar _____ 4
Otras razones _____ 5

7.6. Debido al padecimiento de alguna limitación, ¿pertenece el niño o sus familiares a alguna organización no gubernamental dedicada a personas con discapacidades?

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar al apartado 8

7.7. Indique la deficiencia de origen de la limitación que ha motivado su pertenencia a alguna o varias de estas organizaciones. Anote literal y código.

Deficiencia de origen _____

7.8. Especifique la organización u organizaciones no gubernamentales a las que pertenece. Anote literales y códigos.

1. _____
2. _____

8. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas

Entrevistador: Recuerde que todo este apartado se refiere **exclusivamente** a aquellos servicios debidos a alguna/s de las **limitaciones padecidas** por el niño sujeto de entrevista y no a aquellos servicios debidos a otros problemas de salud, cuya información se recoge en el apartado correspondiente del Cuestionario de Salud (4).

8.1. Debido al padecimiento de alguna limitación, con anterioridad a los últimos 14 días ¿recibió el niño alguna vez algún tratamiento de rehabilitación que ya haya concluido?

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 8.3

8.2. En relación a los tratamientos de rehabilitación que haya concluido el niño con anterioridad a los últimos 14 días, indique si:

1. Terminó algún tratamiento de rehabilitación _____ SI 1
NO 6
2. Interrumpió indefinidamente algún tratamiento de rehabilitación _____ SI 1
NO 6

8.3. Como consecuencia del padecimiento de alguna limitación ¿ha necesitado el niño recibir alguno o varios de los siguientes servicios sanitarios y/o sociales en los períodos que se indican?

Entrevistador: Léale al informante los tipos de servicios y períodos de tiempo, que se relacionan en la pregunta 8.4. A continuación anote las respuestas, teniendo en cuenta que las dos primeras opciones no son excluyentes.

Si ha necesitado algún/os servicio/s y sí lo/s ha recibido en el período _____ 1 → pasar a 8.4. 1ª col
Si ha necesitado algún/os servicio/s y no lo/s ha recibido en el período _____ 1 → pasar a 8.4. 2ª col
No ha necesitado recibir servicio alguno dentro del período _____ 6 → pasar a 8.6

8.4. Datos sobre los servicios sanitarios y sociales que ha recibido y su régimen económico, y datos sobre los motivos por los que no ha recibido los servicios sanitarios y sociales que necesita. Para cada servicio que sí ha recibido en el período que se indica, anote en las casillas correspondientes el número de días que lo ha recibido dentro de cada régimen económico. Para cada servicio que ha necesitado pero no ha recibido en el período, anote el código del motivo principal por el que no lo ha recibido, teniendo en cuenta el orden de prioridad de los motivos. A continuación, si ha recibido algún servicio pase a 8.5 y si no ha recibido servicio alguno pase a 8.6.

Régimen económico Tipos de servicios sanitarios y sociales	1 Ha recibido los servicios			2 Motivos por los que no ha recibido los servicios que necesita
	1.Pg	2.Pd	3.Pm	
En los últimos 14 días				
1. Cuidados médicos y/o de enfermería (excepto servicios de podología) _____	____	____	____	____
2. Pruebas diagnósticas _____	____	____	____	____
3. Rehabilitación médico funcional _____	____	____	____	____
4. Rehabilitación del lenguaje _____	____	____	____	____
5. Rehabilitación ortoprotésica _____	____	____	____	____
6. Adiestramiento en A.V.D _____	____	____	____	____
7. Salud mental y asistencia psiquiátrica _____	____	____	____	____
8. Ayuda a domicilio _____	____	____	____	____
9. Servicios de respiro: estancias por horas y diurnas _____	____	____	____	____
10. Actividades culturales, recreativas, y de ocio y tiempo libre _____	____	____	____	____
En el último año				
11. Información/Asesoramiento/ Valoración _____	____	____	____	____
12. Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario _____	____	____	____	____
13. Atención psicosocial a familiares _____	____	____	____	____
14. Trasplantes/Implantes _____	____	____	____	____
15. Intervenciones quirúrgicas _____	____	____	____	____
16. Servicios de respiro: estancias temporales _____	____	____	____	____
17. Acogimientos familiares _____	____	____	____	____
18. Transporte sanitario y/o adaptado _____	____	____	____	____

Régimen económico

- 1. Pg = De forma gratuita
- 2. Pd = Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados)
- 3. Pm = Pago mixto (público y privado)

Motivos

- 1. Lista de espera
- 2. No existe en el entorno
- 3. Insuficiencia económica
- 4. Otros motivos

8.5. Indique el tipo de centro/s dónde ha recibido el niño los servicios sanitarios y sociales.

	SI	NO
1. Hospitales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Hospitales de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Centros de atención primaria o especializada y despachos médicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Domicilio del paciente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Centros residenciales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Centros de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Centros sociales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

8.6. Como consecuencia del padecimiento de alguna limitación ¿recibe o ha recibido algún tipo de prestación económica o beneficio fiscal?

SI _____ 1

NO _____ 6 → FIN

8.7. De las siguientes prestaciones monetarias y beneficios fiscales ¿cuáles ha recibido?

	SI	NO
Prestaciones periódicas		
Pensiones de invalidez o enfermedad		
1. No contributivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Prestación familiar por hijo a cargo con limitación o minusvalía _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Seguros de vida e invalidez _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Subsidios		
4. Ayuda de tercera persona _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Movilidad y gastos de transporte _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Prestaciones no periódicas		
Ayudas a discapacitados		
6. Ayudas públicas del IMSERSO-CC.AA. para rehabilitación o asistencia especializada _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Ayudas públicas del MEC-CC.AA. para educación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Ayudas de otras administraciones públicas (MUFACE) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Ayudas de acción social de empresas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Indemnizaciones		
10. Indemnizaciones por responsabilidad civil o penal _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Indemnizaciones por daño corporal _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Beneficios fiscales en IRPF _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Observaciones

Entrevistador: Anote cuantas observaciones estime oportunas sobre este cuestionario