

INē

Instituto Nacional de Estadística



ENCUESTA DE SALUD DE ESPAÑA 2023

CUESTIONARIO DE MENORES

CAWI/CAPI

“Las siguientes preguntas conciernen únicamente al niño/a seleccionado/a: es decir a:”

“Nombre Apellido1 Apellido2” (del menor seleccionado)

Sexo _____

Edad: |__|__| años

Número de orden: |__|__|

IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Informante_1. ¿Es miembro del hogar el informante?

- Sí _____ 1 → Listado de adultos del hogar desplegable |__|
- No _____ 2

Si Informante_1 = 1 → Ir a RP

Informante_2. Nombre del informante: _____

Informante_3. Edad 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 _____ 1
- Madre _____ 2
- Tutor/a _____ 3
- Hermano/a _____ 4
- Abuelo/a _____ 5
- Otros familiares _____ 6
- Servicios Sociales _____ 7
- Otra relación _____ 8

RELACIÓN DE PARENTESCO CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR

RP. ¿Podría indicarme la relación de parentesco de las siguientes personas del hogar con el menor seleccionado?

Miembro del hogar	Relación con el menor seleccionado
-- Nombre1 P.Apellido1 S.Apellido1	▼
-- Nombre2 P.Apellido2 S.Apellido2	▼
-- Nombre3 P.Apellido3 S.Apellido3	▼
-- ...	▼
-- NombreX P.ApellidoX S.ApellidoX	▼

Las opciones que aparecen en los desplegados son:

- Menor seleccionado _____ 1
- Padre _____ 2
- Madre _____ 3
- Hermano/a _____ 4
- Abuelo/a _____ 5
- Otro familiar _____ 6
- Otra relación _____ 7

A. NACIONALIDAD DEL MENOR SELECCIONADO.

Introducción A1: “A continuación vamos a hacerle unas preguntas sobre la nacionalidad del menor seleccionado, su madre y su padre.”

A1. ¿Cuál es el país de nacimiento del menor seleccionado?

- España _____ 1
- Extranjero _____ 2 → **A1b**
- No sabe/No contesta _____ 9

Seleccionar País

A2. ¿Cuál es el país de nacimiento de su madre?

- España _____ 1
- Extranjero _____ 2 → **A2b**
- No sabe/No contesta _____ 9

Seleccionar país

A3. ¿Cuál es el país de nacimiento de su padre?

- España _____ 1
- Extranjero _____ 2 → **A3b**
- No sabe/No contesta _____ 9

Seleccionar país

A4. ¿Y cuál es la nacionalidad del menor seleccionado?

En caso de doble nacionalidad puede señalar, española y extranjera

- Española _____ 1
- Extranjera _____ 2 → **A4b** Seleccionar País
- No sabe/No contesta _____ 9

Si A1 = 1 → ir a B1

A5. ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

- N° de años |__|__| NS/NC 99

MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

B. ESTADO DE SALUD Y MORBILIDAD CRÓNICA

Introducción B1: “A continuación le vamos a preguntar sobre la salud del menor seleccionado.”

B1. En los últimos 12 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

B2. A continuación le vamos a mostrar una lista de enfermedades o problemas de salud. ¿Díganos si padece o ha padecido el menor seleccionado alguna vez alguna de ellas?

	B2a. ¿Alguna vez ha padecido...?	B2b. ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	B2c. ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?
1. Alergia crónica (asma alérgica excluída)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
2. Asma	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
5. Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad,...)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
8. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
9. Autismo o trastornos del espectro autista (TEA) (solo >2 años)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
10. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)		
10.1. Enfermedad 1:		<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)
10.2. Enfermedad 2:		<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)	<input type="checkbox"/> Si (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> NS/NC (9)

B3. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto el menor 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/No contesta _____ 9

Si B3 = 3 ó 9 → ir a C1

B4. ¿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/No contesta _____ 9

C. ACCIDENTALIDAD (últimos doce meses)

Introducción C1: “A continuación vamos a preguntarle si el menor seleccionado ha sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses”.

C1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes tipos de accidente en el que haya resultado herido/a o lesionado/a?

Tenga en cuenta los casos de intoxicación, picaduras de insectos y las heridas provocadas por animales. No incluya los actos intencionados por parte de otra persona.

	Si	No	NS/NC
1. Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Accidente en casa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Accidente durante su tiempo libre	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Accidente en el lugar de estudio, colegio o guardería	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

Si C1_1=1 ó C1_2=1 ó C1_3=1 ó C1_4=1 → Ir a C2
En otro caso, ir a Introducción D1

C2. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este/os accidente/s?

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/No contesta _____ 9

C3. ¿Qué efecto o daño le produjo al menor seleccionado este accidente?

Anote dos respuestas como máximo (aquellas que considere más importantes)

- 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/No contesta _____ 9

Filtro D1:

Si el menor seleccionado tiene menos de 4 años → ir a F1 (Módulo de Asistencia Sanitaria).

Si tiene 4 ó más años pero menos de 8 → ir a E1 (Módulo de Salud Mental).

Si tiene 8 años ó más → ir a D1 (Módulo de Calidad De Vida).

D. CALIDAD DE VIDA (últimos 7 días)

Solo para niño/ha seleccionado/a de 8 y más años.

Introducción D1: “**Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido el menor seleccionado los últimos 7 días. Por favor conteste las preguntas pensando en qué contestaría el menor seleccionado**”

D1. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado se ha sentido bien y en forma?

- Nada _____ 1
- Un poco _____ 2
- Moderadamente _____ 3
- Mucho _____ 4
- Muchísimo _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D2. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado se ha sentido lleno/a de energía?

- Nada _____ 1
- Un poco _____ 2
- Moderadamente _____ 3
- Mucho _____ 4
- Muchísimo _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D3. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado se ha sentido triste?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D4. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado se ha sentido solo/a?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D5. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado ha tenido suficiente tiempo para él/ella?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D6. Durante los últimos 7 días, ¿el menor 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/No contesta _____ 9

D7. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado se ha divertido con sus amigos?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

D8. Durante los últimos 7 días, ¿al menor 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/No contesta _____ 9

D9. Durante los últimos 7 días, ¿el menor seleccionado ha podido prestar atención?

- Nunca _____ 1
- Casi nunca _____ 2
- Algunas veces _____ 3
- Casi siempre _____ 4
- Siempre _____ 5
- No sabe/No contesta _____ 9

E. SALUD MENTAL (últimos 6 meses)

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

E1. A continuación le vamos a mostrar una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del menor seleccionado. Después de cada frase, díganos si *No es cierto*, si es *Un tanto cierto* o *Absolutamente cierto*, dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del menor seleccionado. Por favor, responda basándose en el comportamiento del menor 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="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
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)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Comparte frecuentemente con otros niño/as chucherías, juguetes, lápices	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
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)	<input type="checkbox"/> (9)
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
11. Tiene por lo menos un buen amigo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
12. Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
14. Por lo general cae bien a otros niños	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
17. Trata bien a los niños más pequeños	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
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)	<input type="checkbox"/> (9)
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
21. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
22. Roba en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

F. CONSULTAS MÉDICAS Y OTROS SERVICIOS SANITARIOS

Introducción F1: “El siguiente grupo de preguntas hace referencia a las consultas con el médico o pediatra por algún problema, molestia o enfermedad del menor seleccionado.

Por favor, incluya tanto las visitas a la consulta del médico, como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas.”

F1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó al pediatra de cabecera, médico general o médico de familia por algún problema del menor seleccionado?

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

Si F1= 2 → Imputar F1b=00 e ir a Introducción F2

Si F1= 3,4 → Ir a Introducción F2

F1b. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, ¿cuántas veces ha consultado con el pediatra de cabecera, médico general o médico de familia por algún problema del menor seleccionado?

Nº de veces NS/NC 99

Introducción F2: “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.”

F2. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista por algún problema, molestia o enfermedad del menor seleccionado?

- En las últimas 4 semanas _____ 1
 Entre 4 semanas y 12 meses _____ 2

- Hace 12 meses o más _____ 3
 Nunca _____ 4
 No sabe/No contesta _____ 9

Si F2= 2 → Imputar F2b=00 e ir a Filtro F4

Si F2= 3, 4, 9 → Ir a Filtro F4

F2b. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, ¿cuántas veces consultó a un especialista por algún problema del menor seleccionado?

Nº de veces |__|__| NS/NC 99

FILTRO F3:

Si F1=1 y F2=1 → Ir a F3

En otro caso → Ir a Filtro F4

F3. ¿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/No contesta _____ 9

FILTRO F4:

Si F1=1 o F2=1 → ir a F4

En otro caso → ir a F7

F4. ¿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/No contesta _____ 99

Si F4 = 04 ó 05 → ir a F6

F5. ¿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/No contesta _____ 9

Filtro F6:

Si F4 = 01 ó 02 → Ir a F6 (Disponibles todas las categorías de respuesta)

Si F4 = 06 ó 07 → Ir a F6 (Disponibles o activadas solo respuestas 2, 3 y 9)

Si F4 = 08 → Marcar F6 = 4 e Ir a F7

F6. El médico al que acudió en esta última consulta realizada para el menor seleccionado era de:

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

F7. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado el menor seleccionado algún análisis?

Se incluyen análisis de sangre, orina, heces, etc

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta ___ 9

F8. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado o consultado para el menor seleccionado un...?

	Si	No	NS/NC
1. Enfermero/a o matrona	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Psicólogo/a, psicoterapeuta o psiquiatra	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Logopeda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

F9. Durante los últimos 12 meses, ¿le han realizado al menor seleccionado alguna de las siguientes pruebas?

	Si	No	NS/NC
1. Radiografía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. TAC o escáner	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Ecografía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

F10. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consultado para el menor seleccionado a un....?

	Si	No	NS/NC
1. Homeópata	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Acupuntor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Naturista	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

Introducción F11: “**A continuación vamos a hacerle algunas preguntas sobre la salud dental del menor seleccionado.**”

F11. ¿Cuánto tiempo hace que acudió el menor 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 → F11b- ¿Cuántas veces? NS/NC 99
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses 2
- Hace un año o más 3
- Nunca ha ido 4

Si F11 = 1 se activa F11b

Si F11 = 4 → ir a Filtro F14

F12. La última vez que acudió el menor seleccionado, ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>NS/NC</u> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Revisión o chequeo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |

- Limpieza de boca _____ 1 2 9
- Empastes (obturaciones), endodoncias, sellado de fisuras _____ 1 2 9
- Extracción de algún diente/muela _____ 1 2 9
- Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____ 1 2 9
- Tratamiento de las enfermedades de las encías _____ 1 2 9
- Ortodoncia _____ 1 2 9
- Aplicación de flúor _____ 1 2 9
- Otro tipo de asistencia _____ 1 2 9

F13. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó el menor 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/No contesta _____ 9

Filtro F14:

Si el niño tiene menos de un año → Ir a F14

Si tiene un año o más → Ir a F15

F14. ¿Le ha salido algún diente?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta 9

Pasar a introducción G1

F15. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas del menor seleccionado?

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

G. HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

Introducción G1: “Las siguientes preguntas tratan sobre posibles ingresos del menor seleccionado en hospitales.”

G1. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido que ingresar el menor seleccionado en un hospital como paciente al menos durante una noche?

Deben incluirse ingresos en cama o sillón cama. No deben incluirse estancias en urgencias ni en observación.

- Sí _____ 1
- No _____ 2

Si G1 = 2 → ir a G4

G1b. ¿Cuántas veces ha estado el menor seleccionado hospitalizado/a en estos últimos 12 meses?

Nº de veces |__|__| NS/NC 99

G1c. Considerando estos ingresos, ¿cuántas noches en total ha pasado el menor seleccionado ingresado/a en un hospital en estos últimos 12 meses?

|__|__| Noches NS/NC 999

G2. En relación con el último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso del menor seleccionado en el hospital?

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

G3. ¿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/No contesta _____ 9

Hospital de día

G4. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido atendido/a el menor 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?

Deben incluirse ingresos en cama o sillón cama. No deben incluirse estancias en urgencias ni en observación.

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta _____ 9

Si G4= 2 ó 9 → ir a G5

G4b. ¿Cuántos días ha tenido que acudir el menor seleccionado a un Hospital de día, sin tener que pasar la noche, durante los últimos 12 meses?

Nº de días |__|__|__|

NS/NC 999

Servicios de urgencias

Introducción G5: “Para terminar con la utilización de servicios sanitarios, vamos a preguntarle por la posible utilización de los servicios de urgencias por parte del menor seleccionado.”

G5. En estos últimos 12 meses ¿ha tenido el menor seleccionado que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
- No _____ 2

Si G5 = 2 → ir a G10

G5b. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el menor seleccionado un servicio de urgencias en estos 12 meses?

Nº de veces |__|__|__|

NS/NC 999

G6. ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

Puede señalar varias opciones si fuera necesario.

- 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/No contesta _____ 9

G7. La última vez que el menor 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?

Puede rellenar las tres casillas (Días, Horas y Minutos) o cualquiera de las tres casillas por separado.

- Días _____ |__|__|
- Horas _____ |__|__|
- Minutos _____ |__|__|
- No sabe/No contesta _____ 99

G8. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que el menor seleccionado fue atendido/a?

Puede rellenar las tres casillas (Días, Horas y Minutos) o cualquiera de las tres casillas por separado.

Si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.

- Minutos _____ |__|__|
- Horas _____ |__|__|
- No sabe/No contesta _____ 99

G9. Y también esta última vez que utilizó el menor 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/No contesta _____ 9

G10. ¿Podría decirme ahora, de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es el menor seleccionado titular o beneficiario/a?

Anote dos respuestas como máximo (aquellas que considere prioritarias).

- 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 _____

H. CONSUMO DE MEDICAMENTOS (últimas 2 semanas)

Introducción H1: “Pasemos al consumo de medicamentos del menor seleccionado en las 2 últimas semanas.”

H1. 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

Si H1 = 2 → ir a I1

H2. A continuación, vamos a mostrarle una lista de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el menor seleccionado en las últimas 2 semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

	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"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
3. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos_	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
8. Medicamentos para el asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

- | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. Medicamentos para la alergia _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 10. Medicinas para la diarrea _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 11. Medicamentos para los vómitos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 12. Medicamentos para la diabetes _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 13. Productos homeopáticos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 14. Productos naturistas _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 15. Otros medicamentos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |

I. NECESIDADES MÉDICAS NO CUBIERTAS

Introducción I1: “Por diferentes motivos puede tener que esperar para recibir atención médica e incluso puede no llegar a recibirla.”

I1. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el menor seleccionado ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por una lista de espera demasiado larga?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No ha necesitado asistencia médica _____ 3
- No sabe/No contesta _____ 9

I2. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el menor seleccionado ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por dificultades relacionadas con el transporte o la distancia?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No ha necesitado asistencia médica _____ 3
- No sabe/No contesta _____ 9

I3. En los últimos 12 meses, ¿el menor seleccionado ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?

	Si	No	No lo ha necesitado	NS/NC
1. Atención médica	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Atención dental	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Algún medicamento que le habían recetado	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Atención de salud mental (consulta al psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta, por ejemplo)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)

MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

J. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción J1: “Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre el peso y la talla del menor seleccionado.”

J1. ¿Podría decirme cuánto pesa el menor seleccionado aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en Kg → **NS/NC** 999

J2. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm → **NS/NC** 999

J3. Y, en relación a su estatura, diría que el peso del menor seleccionado es:

- Bastante mayor de lo normal _____ 1
- Algo mayor de lo normal _____ 2
- Normal _____ 3
- Menor de lo normal _____ 4
- No sabe/No contesta _____ 9

K. DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

Introducción K1: “Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida del menor seleccionado relacionados con la salud. Para comenzar vamos a preguntarle sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico del menor seleccionado.”

K1. ¿Podría indicarnos, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente el menor seleccionado al día? Incluya las horas de siesta.

- N° de horas diarias

K2. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el menor 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/No contesta _____ 9

Filtro K3:

Si el niño seleccionado es menor de 1 año → ir a L1 (ALIMENTACIÓN)

Si tiene un año o más → Ir a K3

K3. Ahora nos gustaría hacerle alguna pregunta más sobre las actividades del menor seleccionado en su tiempo libre. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo suele pasar el menor seleccionado un día de entre semana 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)	NS/NC
De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3) 	--	<input type="checkbox"/> (9)

K4. ¿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)	NS/NC
Sábado o domingo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3) 	--	<input type="checkbox"/> (9)

Filtro L1:

Si el niño seleccionado es menor de 5 años → ir a L1 (Módulo ALIMENTACIÓN)

Si tiene 5 años ó más → Ir a Introducción L1 y pasar a L7

L. ALIMENTACIÓN

Introducción L1: “Para terminar con los hábitos de vida le vamos a hacer unas preguntas sobre los hábitos de alimentación del menor seleccionado”

L1. ¿Ha recibido el menor seleccionado lactancia materna durante los primeros meses de su vida?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta _____ 9

Si L1= 2 ó 9 → ir a L5

L2. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido el menor seleccionado lactancia materna?

Si actualmente se le está dando el pecho, indique su edad actual en meses y días.

- Meses _____ | | |
- Días _____ | | |
- No sabe/No contesta _____ 99

L3. ¿Ha recibido el menor 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/No contesta _____ 9

Si L3 = 2 ó 9 → ir a L5

L4. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?

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/No contesta _____ 99

L5. ¿Ha recibido el menor seleccionado durante algún tiempo lactancia artificial?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta _____ 9

Si L5 = 2 ó 9 → ir a Filtro L7

L6. ¿A qué edad ha comenzado con la lactancia artificial?

- Meses _____ |__|__|
- Días _____ |__|__|
- No sabe/No contesta _____ 99

Filtro L7:

Si el niño tiene 1 año o más → Ir a L7

Si el niño tiene menos de 1 año → Ir a N1

L7. ¿Dónde desayuna el menor seleccionado habitualmente?

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

Si L7 = 3 → ir a L9

L8- ¿Qué desayuna el menor seleccionado habitualmente?

Puede señalar varias opciones si fuera necesario.

- Café, té, chocolate, cacao, etc. _____ 1
- Leche, yogur _____ 2
- Pan, tostadas _____ 3
- Galletas, cereales, bollería, etc. _____ 4
- Fruta _____ 5
- Zumo de frutas y/o verduras naturales o envasados ___ 6
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. _____ 7
- Otro tipo de alimentos _____ 8
- No sabe/No contesta _____ 9

L9. ¿Con qué frecuencia consume el menor 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	
1. Fruta fresca (excluyendo zumos)	<input type="checkbox"/> 1 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"/> 9
2. 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"/> 9
3. 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"/> 9
4. 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"/> 9
5. 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"/> 9
6. 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"/> 9
7. Verduras, ensaladas y hortalizas	<input type="checkbox"/> 1 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"/> 9
8. 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"/> 9
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"/> 9
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	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
11. Dulces (galletas, bollería, mermelada, 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"/> 9
12. 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"/> 9
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	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
14. Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletas 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"/> 9
15. Zumo natural de frutas o verduras	<input type="checkbox"/> 1 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"/> 9

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 1 (Fruta fresca excluyendo zumos) debe aparecer la pregunta emergente L9_1a ‘¿Cuántas piezas de fruta consume a diario?’ con un desplegable para seleccionar valores desde 01 hasta 10 y NS/NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 7 (Verduras, ensaladas y hortalizas) debe aparecer la pregunta emergente L9_7a ‘¿Cuántas veces al día?’ con un desplegable para seleccionar valores desde 01 hasta 10 y NS/NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 15 (Zumo natural de frutas o verduras) debe aparecer la pregunta emergente L9_15a ‘¿Cuántas veces al día?’ con un desplegable para seleccionar valores desde 01 hasta 10 y NS/NC.

*Solo si L9_1 (Fruta fresca) = 2 y L9_15 (Zumo natural) = 2 → se pasa a la pregunta L9b

*En otro caso → Ir a L10

L9b. Considerando ahora de manera conjunta el consumo de fruta fresca y zumos naturales del menor seleccionado a la semana, ¿toma a diario al menos uno de ellos?

Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta _____ 9

Si L9b = 2 ó 9 → Ir a L10

L9c. ¿Cuántas piezas de fruta o vasos de zumo natural consume a diario el menor seleccionado?

L10. En el momento actual, ¿sigue el menor seleccionado alguna dieta o régimen especial?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe/No contesta 9

Si L10= 2 ó 9 → ir a Filtro M1

L11. ¿Cuál es la razón principal por la que el menor 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/No contesta _____ 9

Filtro M1:

Si el niño tiene menos de 3 años → ir a N1

Si tiene 3 años ó más → ir a M1

M. HIGIENE DENTAL

Introducción M1: “**A continuación vamos a hacerle unas preguntas sobre prácticas preventivas relacionadas con la salud del menor seleccionado**”

M1. Ahora vamos a preguntar sobre la higiene dental del menor seleccionado ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

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.

- 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/No contesta _____ 9

Si M1 = 1, 2, 5 ó 9 → ir a N1

M2. Y, ¿en qué momento del día acostumbra el menor seleccionado a cepillarse los dientes?

Puede señalar dos opciones como máximo.

- Por la mañana _____
- Después de comer _____
- Por la noche _____
- No sabe/No contesta _____

N. EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

Introducción N1: “Y la última pregunta se refiere a la exposición del menor seleccionado al humo del tabaco”.

N1. ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco en lugares cerrados?

Se refiere a la exposición del humo del tabaco en casa, en el transporte, colegio, lugares públicos, restaurantes...

Todos los días _____ 1 → **Desplegar N1a**

- **N1a:**
- Menos de una hora al día _____ 1
 - Entre 1 y 5 horas al día _____ 2
 - Más de 5 horas al día _____ 3

- Al menos una vez a la semana (pero no todos los días) _____ 2
- Menos de una vez por semana _____ 3
- Nunca o casi nunca _____ 4
- No sabe/No contesta _____ 9

O. OBSERVACIONES

Anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario.

Observaciones
.....
.....
.....
.....