



## INFORMACIÓN PERSONAL

---

P1. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

P2. ¿Cuál es la nacionalidad (país) del niño/a?

P3. ¿Cuál es el país de nacimiento del niño/a?

P4. ¿Quién/quienes son los cuidadores principales del/de la niño/a?

*Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 3 opciones.*

- 01 Madre
- 02 Padre
- 03 Otro familiar
- 04 Otro cuidador
- 05 Permanece en residencia escolar durante al menos 5 días a la semana
- 09 NS/NC

P5. ¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad el/la niño/a?

- 01 Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil
- 02 Asiste a una guardería / Escuela infantil
- 03 Estudia primaria o equivalente
- 04 Estudia secundaria o equivalente
- 05 Otra situación
- 09 NS/NC

## CARACTERÍSTICAS PERSONALES

---

P6. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, el/la niño/a sin zapatos ni ropa?

*Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta del entrevistado, aunque sea un valor aproximado. Si no sabe o no contesta anotar -9.*

Kilos:   -09 NS/NC

P7. ¿Y cuánto mide el/la niño/a, aproximadamente, sin zapatos?

*Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta del entrevistado, aunque sea un valor aproximado. Si no sabe o no contesta anotar -9.*

Centímetros:   -09 NS/NC

## PRÁCTICAS PREVENTIVAS

---

P8. ¿Le han tomado la tensión arterial al niño/a, alguna vez, un/a profesional sanitario/a?

- 01 Sí
- 06 No
- 09 NS/NC

P9. ¿Se vacuna el niño/a según el calendario vacunal oficial?

- 01 Sí
- 06 No
- 09 NS/NC

## CALIDAD DE VIDA (sólo para niños/as de 8 años o más)

(AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona informante del menor?  01 Sí  06 No



### INFORMACIÓN IMPORTANTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido el/la niño/a en los últimos 7 días. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir, procure dar la respuesta que daría él o ella.

**P10. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido bien y en forma?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P11. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido lleno de energía?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P12. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido triste?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P13. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido solo/a?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P14. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P15. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P16. Durante los últimos 7 días, ¿los padres del/de la chico/a le han tratado de forma justa?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P17. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha divertido con sus amigos/as?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P18. Durante los últimos 7 días, ¿al/a el/la chico/a le ha ido bien en el colegio? Si no va a clase en estos días, piense en la última semana que ha ido al colegio.**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

**P19. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido prestar atención?**

- 01 Nunca
- 02 Casi nunca
- 03 Algunas veces
- 04 Casi siempre
- 05 Siempre
- 09 NS/NC

## SALUD MENTAL (sólo para niños/as de 4 años o más)

### (AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona informante del menor?  01 Sí  06 No



#### INFORMACIÓN IMPORTANTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido el/la niño/a en los últimos 6 meses. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir, procure dar la respuesta que daría él o ella.

**P20.** A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del/de la niño/a. Después de cada frase, dígame si "no es cierto", si es "un tanto cierto" o "absolutamente cierto", dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del/de la niño/a. Por favor, responda basándose en el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos 6 meses.

	01. No es cierto	02. Un tanto cierto	03. Absolutamente cierto
01. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
02. Es inquieto/a , hiperactivo/ a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo			
03. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas			
04. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, ...			
05. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			
06. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
07. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
08. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
09. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo			
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a			
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as			
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a			
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as			
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/las niños/as más pequeños/as			
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 cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

## RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

**P21. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir el/la niño/a su actividad principal de ir al colegio o guardería, etc. por padecer algún dolor u otro síntoma?**

*Encuestador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la niño/a sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1. Si no sabe o no contesta anotar -9.*

- 01 Sí → N° días:
- 06 No
- 09 NS/NC

**P22. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir el/la niño/a las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por padecer algún dolor u otro síntoma?**

*Encuestador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la niño/a sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1. Si no sabe o no contesta anotar -9.*

- 01 Sí → N° días:
- 06 No
- 09 NS/NC

La siguiente pregunta P23 se hará sólo si el niño ha reducido su actividad en las últimas 2 semanas (P21 = 1 o P22 = 1)  
En caso contrario, ir a P24.

**P23. ¿Cuáles fueron las causas de esos dolores o síntomas, que han obligado al/a la niño/a a limitar o reducir sus actividades habituales, al menos la mitad de un día, en las últimas 2 semanas?**

*Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta Menores 1' a la persona encuestada.*

	01. Sí	06. No
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe		
Dolor de cabeza		
Contusión, lesión o heridas		
Diarrea o problemas intestinales		
Fiebre		
Vómitos		
Otros dolores o síntomas (dolor de huesos o articulaciones, problemas de nervios, dolor de oídos, ...)		

## ACCIDENTES

**P24 y P25.**

**P24. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún accidente por el que haya resultado herido/a (interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?**

Preguntar si ha sufrido un accidente

**P25. ¿Consultó el/la niño/a con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?**

	01. Sí	06. No	01 Ingresó en un hospital	02 Acudió a un centro de urgencias	03 Consultó a un/a médico/a o enfermera/o	04 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	-09 NS/NC
Accidente de tráfico							
Accidente en centro de estudios, guardería Sólo niños escolarizados (P5>1)							
Accidente en casa o en tiempo de ocio							

**Solamente si se ha sufrido algún accidente. (P24 = Sí para alguno de los accidentes considerados)**

**P26. ¿Qué efectos o daños le han producido los accidentes de estos últimos 12 meses?**

*Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 2 motivos*

- 01 Contusiones, hematomas, esguinces- luxaciones o heridas superficiales
- 02 Fracturas o heridas profundas
- 03 Envenenamiento o intoxicación
- 04 Quemaduras
- 05 Otros efectos
- 06 No le produjo daños
- 09 NS/NC

## MORBILIDAD

**P27. En los últimos 12 meses, la salud del/la niño/a ha sido:**

- 01 Muy Buena
- 02 Buena
- 03 Regular
- 04 Mala
- 05 Muy Mala
- 09 NS/NC

**P28. Ahora le voy a enumerar una lista de enfermedades crónicas o de larga evolución, para que usted señale, en cada una de ellas si el/la niño/a la padece o ha padecido alguna vez.**

*Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta menores 2' al entrevistado. Leer cada una de las enfermedades al entrevistado. En el caso de que conteste Sí a alguna de las opciones de P28.A formule las correspondientes P28.B y P28.C.*

En caso de afirmativa la P28A preguntar P28B y P28C

	P28.A ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		P28.B ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		P28.C ¿Le ha dicho algún médico que la padece?	
	01 Sí	06 No	01 Sí	06 No	01 Sí	06 No
01. Problemas de columna, escoliosis						
02. Problemas de nervios (depresión, ansiedad)						
03. Problema mental crónico						
04. Problemas del corazón						
05. Tensión alta						
06. Diabetes o azúcar en sangre						
07. Tumores malignos, cáncer, leucemias						
08. Asma, bronquitis crónica						
09. Dolor de cabeza, jaquecas, migrañas						
10. Problemas digestivos crónicos						
11. Colesterol alto						
12. Hernias						
13. Alergias						
14. Infecciones de orina						
15. Déficit o retraso mental						
16. Alteraciones del sueño						
17. Eneuresis nocturna (hacerse pis en la cama)						
18. Tumores benignos, quistes						
19. Problemas en la vista que le impidan ver bien o le obliguen a utilizar gafas o lentillas						
20. Problemas para oír						
21. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente						
22. Otros problemas o enfermedades crónicas						

## LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Sólo para niños/as de 6 o más años

**P29. ¿El/la niño/a tiene alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, relacionarse con otras personas).**

Estos problemas debe padecerlos y/o espera padecerlos por más de 6 meses.

01 Sí                       06 No ..... Ir a P36                       -09 NS/NC ..... Ir a P36

**P30. A continuación voy a nombrarle una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Dígame, por favor, si el/la niño/a tiene problemas para realizar estas actividades en la actualidad, siempre que estos problemas los lleve padeciendo y/o espere padecerlos por más de 6 meses**

		01 Sí	06 No
<b>1. Experiencias sensoriales</b>			
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo..)			
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)			
<b>2. Comunicarse</b>			
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)			
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)			
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)			
<b>3. Aprender y desarrollar tareas</b>			
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo			
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados			
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)			
<b>4. Utilizar brazos y manos</b>			
4.1. Levantar y llevar objetos			
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)			
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)			
<b>5. Movilidad</b>			
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)			
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)			
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)			
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero			
<b>6. Autocuidado</b>			
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo			
6.2. Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio			
6.3. Vestirse			
6.4. Comer y beber			
<b>7. Relaciones sociales</b>			
7.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)			
7.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros del colegio, etc.			
7.3. Relacionarse con familiares			

**P31. ¿Cuál es o será la duración del problema del/de la niño/a?**

Encuestador/a: Se refiere a la suma del tiempo que lleva padeciéndolo más el que espera que le dure el problema. Si la limitación es permanente, marcar la celda correspondiente. Si la duración de la limitación es inferior a un año, anote 0 en años y la cantidad en meses en la casilla correspondiente. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Limitación permanente                      Años:                       Meses:                        -09 NS/NC

**P32. Debido a esta dificultad, ¿necesita el/la niño/a algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?**

01 Sí                       06 No ..... Ir a P35                       -09 NS/NC ..... Ir a P35

**P33. ¿Recibe el/la niño/a la ayuda que necesita de otras personas?**

01 Sí                       06 No ..... Ir a P35                       -09 NS/NC ..... Ir a P35

**P34. ¿Qué persona se ocupa principalmente del cuidado del/de la niño/a?**

- 01 Familiar
- 02 Servicio doméstico
- 03 Servicios Sociales
- 04 Otro tipo de cuidador
- 09 NS/NC

**P35. ¿Qué ha originado el problema del/de la niño/a?**

- 01 Congénito y/o problema en el parto
- 02 Enfermedad
- 03 Accidente
- 04 Otras causas
- 09 NS/NC

## CONSUMO DE MEDICAMENTOS

**P36. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido el/la niño/a alguno de los siguientes medicamentos?; ¿Le fueron recetados por el médico, independientemente de que no hayan sido consumidos?**

*Encuestador/a: Mostrar Tarjeta Menores 3 a la persona entrevistada. Léale cada tipo de medicamento, anote si el/la niño/a lo ha consumido o no en las últimas 2 semanas, y en ambos casos anote si le fue o no recetado por algún médico (independientemente de que haya tomado o no las medicinas)*

	Consumido		Recetado	
	01. Sí	06. No	01. Sí	06. No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)				
02. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre				
03. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos				
04. Laxantes				
05. Antibióticos				
06. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir				
07. Medicamentos para el asma				
08. Medicamentos para la alergia				
09. Medicamentos para la diarrea				
10. Medicamentos para los vómitos				
11. Medicamentos para la diabetes				
12. Productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)				
13. Otros				

## UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

**P37. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta de pediatría o medicina general en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (incluyendo Mutuality obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? (Incluir también las consultas a enfermería y si las consultas se realizaron en domicilio)**

- 01 Últimas 4 semanas
- 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año
- 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P39
- 04 Nunca ..... Ir a P39
- 09 NS/NC ..... Ir a P39

**P38. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida por el/la niño/a en el centro de salud al que acude?**

- 01 Muy Buena
- 02 Buena
- 03 Regular
- 04 Mala
- 05 Muy Mala
- 09 NS/NC

**P39. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta de pediatría o medicina general en una consulta privada o particular? (Incluir también las consultas a enfermería y si las consultas se realizaron en domicilio)**

- 01 Últimas 4 semanas
- 02 Más de 1 mes pero menos de un año
- 03 Hace 1 año o más
- 04 Nunca
- 09 NS/NC

**P40. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta médica a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutuality obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? (Incluir también las consultas a enfermería)**

*Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud*

- 01 Últimas 4 semanas
- 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año
- 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P42
- 04 Nunca ..... Ir a P42
- 09 NS/NC ..... Ir a P42

**P41. ¿Cómo considera, en general, la asistencia especializada ofrecida al/a el/la niño/a en los ambulatorios o centros de especialidades públicos a los que ha acudido ?**

- 01 Muy Buena
- 02 Buena
- 03 Regular
- 04 Mala
- 05 Muy Mala
- 09 NS/NC

**P42. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta médica a un especialista en clínicas u hospitales privados NO concertados, o consultas particulares? (Incluir también las consultas a enfermería)**

*Encuestador/a: Se entiende por NO concertado si la consulta NO ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud*

- 01 Últimas 4 semanas
- 02 Más de 1 mes pero menos de un año
- 03 Hace 1 año o más
- 04 Nunca
- 09 NS/NC

## HOSPITALIZACIONES

**P43. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?**

- 01 Sí
- 06 No ..... Ir a P50
- 09 NS/NC ..... Ir a P50

**P44. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutuality obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?**

*Encuestador/a: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En caso de que no haya estado ingresado en hospitales públicos o concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9.*

Nº de veces:   -09 NS/NC

**Si no ha estado ingresado en hospitales públicos ir a P47**

**P45. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutuality obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS), ¿cuántos días estuvo hospitalizado en total?**

*Encuestador/a: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9*

Nº de días:   -09 NS/NC

**P46. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales públicos, a los que el/la niño/a ha acudido?**

- 01 Muy Buena
- 02 Buena
- 03 Regular
- 04 Mala
- 05 Muy Mala
- 09 NS/NC

**P47. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados?**

*Encuestador/a: Se entiende por NO concertado si la hospitalización NO ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En el caso de que la persona entrevistada no haya estado ingresado en hospitales privados NO concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9*

Nº de veces:   -09 NS/NC

**Si no ha estado ingresado en hospitales privados no concertados ir a P49**

**P48. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados, ¿cuántos días estuvo hospitalizado en total?**

*Encuestador/a: Se entiende por NO concertado si la hospitalización NO ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9*

Nº de días:   -09 NS/NC

**P49. En relación al último ingreso hospitalario del/de la niño/a, ¿cuál fue el motivo de su ingreso?**

- 01 Intervención quirúrgica
- 02 Estudio médico diagnóstico
- 03 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
- 04 Otros motivos
- 09 NS/NC

## URGENCIAS

**P50. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha acudido el/la niño/a a los servicios de urgencias por tener un problema de salud?**

*Encuestador/a: Anote la cantidad de visitas indicada según el centro donde el/la niño/a haya realizado la visita. Anotar 0 en caso de que el/la niño/a no haya visitado los servicios de urgencia en los últimos 12 meses.*

	Nº de visitas a servicios de urgencias		
A) Centros de Salud	..... veces	<input type="checkbox"/>	-09 NS/NC
B) Ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutuality obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS).	..... veces	<input type="checkbox"/>	-09 NS/NC
C) Clínicas u hospitales privados no concertados	..... veces	<input type="checkbox"/>	-09 NS/NC

**Si P50A = 0 y P50B = 0, entonces ir a P52**

**P51. ¿Cómo considera, en general, la atención que ha recibido el/la niño/a en las unidades de urgencias de la sanidad pública?**

- 01 Muy Buena       03 Regular       05 Muy Mala  
 02 Buena       04 Mala       -09 NS/NC

## OTROS RECURSOS

**P52. Durante los últimos 12 meses, ¿le han realizado al niño/a alguna de las siguientes pruebas?**

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
A. Análisis de sangre			
B. Radiografía			
E. Otras pruebas (TAC, ecografía, resonancia magnética)			

## SEGURO SANITARIO

**P53. ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es el niño/a titular o beneficiario?**

*Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 2 opciones*

- 01 Sanidad Pública (Seguridad Social)  
 02 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social  
 03 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado  
 04 Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.)  
 05 Seguro médico concertado por la empresa  
 06 No tengo seguro médico  
 07 Otras situaciones  
 -09 NS/NC

## MEDICINA ALTERNATIVA

**P54. ¿Han realizado en los últimos 12 meses alguna consulta a los siguientes profesionales por motivos de salud del/de la niño/a?**

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
A. Homeópata			
B. Osteópata			
C. Acupuntor			
D. Otros profesionales de medicina alternativa (Naturista, curandero...)			

## NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA NO SATISFECHA

**P55. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que necesitó consultar a un médico/a por un problema de salud del/de la niño/a, pero no lo hizo o no pudo hacerlo?**

- 01 Sí       06 No ..... Ir a P57       -09 NS/NC ..... Ir a P57

**P56. ¿Cuál fue la causa principal por la que no consultó a un médico/a el problema de salud del/de la niño/a?**

*Encuestador/a: No debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las opciones 1 a 7. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 8, 'Otra causa'.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 No pudieron conseguir cita                      | <input type="checkbox"/> 06 Había que esperar demasiado             |
| <input type="checkbox"/> 02 No pudieron dejar el trabajo y llevar al niño/a | <input type="checkbox"/> 07 No pudo por sus obligaciones familiares |
| <input type="checkbox"/> 03 Era demasiado caro/ no tenía dinero             | <input type="checkbox"/> 08 Otra causa                              |
| <input type="checkbox"/> 04 El seguro no lo cubriría                        | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC                                  |
| <input type="checkbox"/> 05 No tenía seguro                                 |   |

## HÁBITOS HIGIÉNICOS, VISITAS A LA CONSULTA DENTAL

Si el/la niño/a tiene menos de 3 años ir a P62

**P57. ¿Con qué frecuencia se lava el/la niño/a los dientes?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Después de cada comida                                | <input type="checkbox"/> 05 Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> 02 Más de una vez al día, pero no después de cada comida | <input type="checkbox"/> 06 Nunca          |
| <input type="checkbox"/> 03 Una vez al día  | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC         |
| <input type="checkbox"/> 04 Varias veces a la semana, pero no todos los días      |  |

**P58. ¿Ha acudido alguna vez el/la niño/a a una consulta dental?**

- |                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Sí | <input type="checkbox"/> 06 No ..... Ir a P61 | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC ..... Ir a P61 |
|--------------------------------|---|---|

**P59. ¿Cuánto tiempo hace que el/la niño/a acudió a la consulta dental, por última vez?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Hace 3 meses o menos                 | <input type="checkbox"/> 04 Entre 2 y menos de 5 años |
| <input type="checkbox"/> 02 Hace más de 3 meses y menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 05 5 y más años              |
| <input type="checkbox"/> 03 Entre 1 y menos de 2 años            | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC                    |

**P60. ¿Cuál fue el motivo de la última visita a la consulta dental?**

*Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 4 opciones.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Revisión o chequeo             | <input type="checkbox"/> 05 Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> 02 Limpieza de dientes            | <input type="checkbox"/> 06 Otros      |
| <input type="checkbox"/> 03 Empastes, endodoncias          | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC     |
| <input type="checkbox"/> 04 Extracción de dientes o muelas |  |

**P61. ¿Cuál es el estado de dientes y muelas del niño/a?**

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
Tiene caries sin empastar			
Le han extraído dientes/ muelas			
Tiene dientes/ muelas empastados (obturados) o sellados			
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente...			
Los dientes que tiene están sanos			

## HÁBITOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

**P62. ¿Qué tipo de lactancia tuvo el/la niño/a en los siguientes periodos: natural, mixta o artificial?**

Encuestador/a: En el caso de que el/la niño/a tenga menos edad que el periodo de referencia marcar "No procede"

	Menos de 6 semanas	6 semanas a 3 meses	3 a 6 meses	Más de 6 meses
01. Natural: leche materna como único alimento y bebida				
02. Mixta: combinación de leche materna y otros alimentos				
03. Artificial: no toma leche materna				
-01. No procede: tiene menos edad que el periodo de referencia				
-09. NS/NC				

Si el/la niño/a tiene menos de 1 año ir a P69

**P63. ¿Dónde desayuna el niño/a habitualmente?**

- 01 En su casa o en la de un familiar  
 02 Comedor escolar  
 03 Otro lugar  
 04 No suele desayunar ..... Ir a P65  
 -09 NS/NC

**P64. En relación con los hábitos alimentarios, ¿qué suele desayunar el/la niño/a habitualmente?**

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 5 opciones.

- 01 Agua  
 02 Leche y derivados (yogur, queso blanco, etc.)  
 03 Pan, cereales, gofio  
 04 Fruta, zumo, etc.  
 05 Café, te, cacao, otras infusiones.  
 06 Bollos, galletas  
 07 Embutidos, huevos  
 08 Otro tipo de alimentos.  
 -09 NS/NC

**P65. ¿Dónde almuerza el niño/a habitualmente?**

- 01 En su casa o en la de un familiar  
 02 Comedor escolar  
 03 Otro lugar  
 04 No suele almorzar  
 -09 NS/NC

**P66. ¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?**

Encuestador/a: Muestre a la persona entrevistada la 'tarjeta menores 4' y anote las frecuencias de consumo de alimentos que se relacionan

	01 A diario	02 Tres o más veces por semana	03 Una o dos veces por semana	04 Menos de una vez a la semana	05 Nunca o casi nunca	-09 NS/NC
Zumos o jugos envasados						
Zumo natural de frutas o verduras frescas						
Fruta fresca entera (excluyendo zumos)						
Verduras, ensaladas y hortalizas						
Productos lácteos (leche, yogur, queso,...)						
Pan, cereales, gofio						
Pasta, arroz, papas						
Legumbres, lentejas, judías,...						
Pescado incluyendo cefalópodos (pulpo, calamares,...) y mariscos						
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)						
Huevos						
Dulces (galletas, mermeladas, caramelos,...)						
Refrescos con azúcar o con gas						
Embutidos, fiambres, mantequilla, beicon,...						
Comida rápida (bocadillos, pizzas, hamburguesas, pollo frito,...)						
Aperitivos o comidas saladas de picar (papas fritas, galletitas saladas)						

**P67. ¿Considera que, en general, la alimentación de su hijo/a es ...?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Muy adecuada ..... Ir a P69 | <input type="checkbox"/> 04 Poco adecuada     |
| <input type="checkbox"/> 02 Adecuada ..... Ir a P69     | <input type="checkbox"/> 05 Muy poco adecuada |
| <input type="checkbox"/> 03 Moderadamente adecuada      | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC            |

**P68. ¿Cuál es el motivo principal por el que considera que su hijo/a no tiene una alimentación más adecuada?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Porque al niño/a no le gustan algunos alimentos   | <input type="checkbox"/> 04 Porque tiene alguna enfermedad que no le permite tener una alimentación variada |
| <input type="checkbox"/> 02 Porque el niño/a no come en casa  | <input type="checkbox"/> 05 Otros motivos   |
| <input type="checkbox"/> 03 Porque la situación económica de su hogar no le permite la compra de determinados alimentos | <input type="checkbox"/> -09 NS/NC  |

## HÁBITOS DE VIDA: DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

**P69. ¿Cuántas horas duerme el/la niño/a habitualmente? Incluya las horas de siesta**

*Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9*

Horas:   -09 NS/NC

**Si el/la niño/a tiene menos de 1 año, FIN DEL CUESTIONARIO**

**P70. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 01 No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente en realizar actividades sedentarias (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o cuna, ...) |
| <input type="checkbox"/> 02 Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo,...)                                |
| <input type="checkbox"/> 03 Hace actividades físicas, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo,...)  |
| <input type="checkbox"/> 04 Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana  |
| <input type="checkbox"/> -09 NS/NC  |

**P71. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a dedicar a ver la televisión (incluyendo tanto la programación como vídeo y DVD)?**

*Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9*

De lunes a viernes  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC  
 En fin de semana  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC

**Si el/la niño/a tiene menos de 5 años, FIN DEL CUESTIONARIO**

**P72. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a conectarse a Internet, jugar con videoconsolas, juegos electrónicos, ...?**

*Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9*

De lunes a viernes  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC  
 En fin de semana  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC

**Si el/la niño/a tiene menos de 7 años, FIN DEL CUESTIONARIO**

**P73. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a dedicar a la lectura como actividad de ocio?**

*Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9*

De lunes a viernes  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC  
 En fin de semana  Número de horas diarias (en promedio)  -09 NS/NC

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**