

**1. Datos de identificación de la sección**

Provincia _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de orden de la sección _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio _____		
Distrito/sección _____		
Año/trimestre/semana _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Identificación de la vivienda y hogar**Nº de orden de la vivienda \_\_\_\_\_ Nº de hogar dentro de la vivienda \_\_\_\_\_ **4. Identificación del informante**

Nombre y número de orden del informante

\_\_\_\_\_ **3. Identificación del niño/a sujeto de entrevista**

Nombre y número de orden del niño/a sujeto de entrevista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ **Naturaleza, características y finalidad**

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

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).

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

# Estado de salud y accidentalidad

## Estado de Salud (últimos 12 meses)

5. Vamos a comenzar hablando de la salud del niño/a seleccionado como sujeto de entrevista. En los últimos doce meses ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

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

6. En los últimos doce meses ¿ha tenido el niño/a alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual durante más de 10 días seguidos?

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 7

6a. ¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud ha padecido? (Entrevistador: anote dos respuestas literales como máximo. Consulte los códigos de Dolencias o Enfermedades y anote los que correspondan)

1. ....    
2. ....

7. ¿Le ha dicho su médico que el niño/a padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?. (Entrevistador: léale al entrevistado las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que proceda)

	SI	NO		SI	NO
1. Hipertensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	7. Alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Colesterol elevado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	8. Depresión _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Diabetes (azúcar elevado) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	9. Otras enfermedades mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Asma, bronquitis crónica o enfisema _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	10. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Enfermedad del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	11. Hernias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Úlcera de estómago _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6			

**Entrevistador:** Si todas las respuestas son NO → pase a pregunta 8  
Si alguna respuesta es SI → continúe en la pregunta 7a

**7a. Durante los últimos doce meses ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado al niño/a de alguna forma sus actividades habituales?**

---

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6

---

## Accidentalidad (últimos 12 meses)

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

---

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 9

---

**8a. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses) ¿dónde tuvo lugar?**

---

En casa, escaleras, portal, etc. \_\_\_\_\_  1  
En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico \_\_\_\_\_  2  
En la calle, pero no fue un accidente de tráfico \_\_\_\_\_  3  
En la escuela, colegio, guardería, instituto, etc. \_\_\_\_\_  4  
En otro lugar \_\_\_\_\_  5

---

**8b. ¿Consultó a un médico o ATS, acudió el niño/a a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?**

---

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

---

**8c. ¿Qué efecto o daño le produjo al niño/a este accidente? (Entrevistador: anote dos respuestas como máximo)**

---

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

---

## Restricción de la actividad (últimas 2 semanas)

**9. Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido el niño/a que reducir o limitar su actividad principal (asistencia al centro de estudios guardería, etc.) y/o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por alguno o varios dolores o síntomas?** (*Entrevistador: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar su actividad principal ha sido la mitad de una jornada escolar, anote 01. Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar la actividad que normalmente realiza en su tiempo libre ha sido la mitad de un día, anote 01*)

1. Actividad principal	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6		
2. Actividad en el tiempo libre	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6		

**Entrevistador:** Si en la pregunta 9 ha anotado NO en una de las 2 opciones, en la pregunta 10 cumplimente sólo la opción correspondiente a la actividad limitada o reducida. Si ha anotado NO en ambas opciones, pase directamente a la pregunta 12.

**10. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas que le han obligado al niño/a a limitar o reducir su actividad principal al menos la mitad de una jornada escolar o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre, al menos la mitad de un día?**

	1. Actividad principal	2. Actividad en el tiempo libre
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vómitos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

SI \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 12

**11a. ¿Cuántos días? (Entrevistador: si el niño/a ha tenido que quedarse en la cama la mitad de un día, anote 01)**

Número de días \_\_\_\_\_

## Consumo de medicamentos (últimas 2 semanas)

**12. Durante las últimas 2 semanas ¿ha consumido el niño/a los siguientes medicamentos y le fueron recetados en algún momento por el médico?. No incluya medicamentos homeopáticos o naturales (Entrevistador: léale al entrevistado cada tipo de medicamento, anote si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas, y en ambos casos anote si le fue o no recetado por algún médico. Debe cumplimentar las columnas Consumido y Recetado con SI o NO para cada uno de los medicamentos)**

	1. Consumido		2. Recetado	
	SI	NO	SI	NO
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Medicinas para los vómitos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Otros _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**12a. Durante las dos últimas semanas, ¿ha consumido el niño/a uno o varios productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)?. No incluya infusiones de té, manzanilla o poleo**

SI \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

## Utilización de servicios sanitarios

### Consultas médicas (últimas 2 semanas)

**Entrevistador:** las consultas médicas incluyen revisiones y peticiones de recetas. No incluyen las peticiones de hora o cita, las consultas al estomatólogo o dentista, ni la realización de radiografías, análisis u otras pruebas diagnósticas

**13. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad del niño/a?**

En las últimas dos semanas \_\_\_\_\_  1  
 Hace más de dos semanas y menos de un mes \_\_\_\_\_  2  
 Hace un mes o más y menos de un año \_\_\_\_\_  3 → N° de meses    
 Hace un año o más de un año \_\_\_\_\_  4 → N° de años    
 Nunca ha ido al médico \_\_\_\_\_  5 → pasar a pregunta 15

#### 14. ¿Cuántas veces ha consultado con algún médico en las dos últimas semanas?

Número de veces \_\_\_\_\_

#### 14a. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta A y anote la respuesta que proceda)

- |   |                          |   |  |                          |    |
|---|--------------------------|---|--|--------------------------|----|
| Centro de Salud/Consultorio _____             | <input type="checkbox"/> | 1 | Consulta de médico de una sociedad _____ | <input type="checkbox"/> | 7  |
| Ambulatorio/Centro de especialidades _____    | <input type="checkbox"/> | 2 | Escuela, colegio, instituto _____        | <input type="checkbox"/> | 8  |
| Consulta externa de un hospital _____         | <input type="checkbox"/> | 3 | Domicilio del menor _____                | <input type="checkbox"/> | 9  |
| Servicio de Urgencias de un ambulatorio _____ | <input type="checkbox"/> | 4 | Consulta telefónica _____                | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Servicio de Urgencias de un hospital _____    | <input type="checkbox"/> | 5 | Otro lugar _____                         | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Consulta de médico particular _____           | <input type="checkbox"/> | 6 |  |                          |    |

#### 14b. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta al médico?

- |                                    |                          |   |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| Diagnóstico y/o tratamiento _____  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Revisión _____                     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sólo dispensación de recetas _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Otros motivos _____                | <input type="checkbox"/> | 4 |

#### 14c. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta B y anote la especialidad)

- |                                   |                          |    |                            |                          |    |
|-----------------------------------|--------------------------|----|----------------------------|--------------------------|----|
| Medicina general _____            | <input type="checkbox"/> | 1  | Neumología _____           | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Pediatría _____                   | <input type="checkbox"/> | 2  | Neurocirugía _____         | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Alergología _____                 | <input type="checkbox"/> | 3  | Neurología _____           | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Aparato digestivo _____           | <input type="checkbox"/> | 4  | Oftalmología _____         | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Cardiología _____                 | <input type="checkbox"/> | 5  | Oncología _____            | <input type="checkbox"/> | 18 |
| Cirugía general y digestiva _____ | <input type="checkbox"/> | 6  | Otorrinolaringología _____ | <input type="checkbox"/> | 19 |
| Cirugía cardiovascular _____      | <input type="checkbox"/> | 7  | Psiquiatría _____          | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Cirugía vascular _____            | <input type="checkbox"/> | 8  | Rehabilitación _____       | <input type="checkbox"/> | 21 |
| Dermatología _____                | <input type="checkbox"/> | 9  | Reumatología _____         | <input type="checkbox"/> | 22 |
| Endocrinología y nutrición _____  | <input type="checkbox"/> | 10 | Traumatología _____        | <input type="checkbox"/> | 23 |
| Ginecología-obstetricia _____     | <input type="checkbox"/> | 11 | Urología _____             | <input type="checkbox"/> | 24 |
| Internista _____                  | <input type="checkbox"/> | 12 | Otra especialidad _____    | <input type="checkbox"/> | 25 |
| Nefrología _____                  | <input type="checkbox"/> | 13 |                            |                          |    |

#### 14d. El médico al que acudió el niño/a en esta última consulta realizada era de:

- |                           |                          |   |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Seguridad Social _____    | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Sociedad médica _____     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Consulta privada _____    | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Iguala médica, etc. _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |

**Entrevistador:** Si en la pregunta 14a ha anotado la opción 8, 9 ó 10 → pase a pregunta 15  
Si en la pregunta 14a ha anotado cualquier otra opción → pase a pregunta 14e

#### 14e. ¿Fue el niño/a a esta última consulta desde su domicilio?

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| SI _____ | <input type="checkbox"/> | 1                        |
| NO _____ | <input type="checkbox"/> | 6 → pasar a pregunta 14g |

**14f. En esa última consulta médica, ¿cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)**

Minutos \_\_\_\_\_

**14g. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar el niño/a en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)**

Minutos \_\_\_\_\_

## Necesidad de asistencia médica (últimos 12 meses)

**15. En los últimos doce meses ¿alguna vez el niño/a ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?**

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 16

**15a. ¿Cuál fue la causa principal por la que el niño/a no obtuvo esa asistencia? (Entrevistador: no debe leer al entrevistado las alternativas de respuesta sino señalar aquella que él le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 8. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 9, "Otra causa")**

- No se pudo conseguir cita \_\_\_\_\_  1  
Nadie pudo dejar el trabajo y llevarlo \_\_\_\_\_  2  
Era demasiado caro/no tenía dinero \_\_\_\_\_  3  
No tenía medio de transporte \_\_\_\_\_  4  
Estaba el niño demasiado nervioso y asustado \_\_\_\_\_  5  
El seguro no lo cubría \_\_\_\_\_  6  
No tenía seguro \_\_\_\_\_  7  
Había que esperar demasiado \_\_\_\_\_  8  
Otra causa \_\_\_\_\_  9

## Visitas al dentista, estomatólogo o higienista dental

**16. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido el niño/a al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?**

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 17

**16a. ¿Cuántas veces ha ido en los últimos tres meses?**

Número de veces \_\_\_\_\_   → pasar a pregunta 18

**17. Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿cuánto tiempo hace que el niño/a acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental?**

Hace más de 3 meses y menos de 1 año \_\_\_\_\_  1 → Nº de meses    
Hace un año o más \_\_\_\_\_  2 → Nº de años    
Nunca ha ido \_\_\_\_\_  3 → pasar a pregunta 20

**18. La última vez que acudió el niño/a al dentista, estomatólogo o higienista dental , ¿qué tipo/s de asistencia recibió?**

	SI	NO
1. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Extracción de algún diente/muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**19. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:**

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

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

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

**Hospitalizaciones (últimos 12 meses)**

**21. Durante los últimos doce meses ¿ha estado el niño/a hospitalizado como paciente al menos durante una noche?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_  → pasar a pregunta 22

**21a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en estos últimos doce meses?**

Número de veces \_\_\_\_\_

**21b. Y en relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses ¿cuántos días estuvo aproximadamente ingresado el niño/a en el hospital?**

Número de días \_\_\_\_\_

**21c. En relación también a este último ingreso hospitalario ¿cuál fue el motivo del ingreso del niño/a en el hospital?**

---

- Intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  1  
Estudio médico para diagnóstico \_\_\_\_\_  2  
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  3  
Otros motivos \_\_\_\_\_  4
- 

**21d. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?**

---

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 21f
- 

**21e. ¿Cuánto tiempo estuvo en lista de espera en meses?. (Entrevistador: si el tiempo que estuvo en lista de espera fué menos de 1 mes, anote 00)**

---

Número de meses \_\_\_\_\_

**21f. En relación a su último ingreso hospitalario ¿cuál fue la forma de ingreso?**

---

- A través del servicio de urgencias \_\_\_\_\_  1  
Ingreso ordinario (no por urgencias) \_\_\_\_\_  6
- 

**21g. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?:**

---

- Seguridad Social \_\_\_\_\_  1  
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) \_\_\_\_\_  2  
Sociedad médica privada \_\_\_\_\_  3  
A cargo del hogar \_\_\_\_\_  4  
A cargo de otras personas, organismos o instituciones \_\_\_\_\_  5
- 

**Servicios de urgencias (últimos 12 meses)**

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

---

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 23
- 

**22a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el niño/a un servicio de urgencias en estos doce meses?**

---

Número de veces \_\_\_\_\_

**22b. ¿Dónde fue atendido? (Entrevistador: anote todas las opciones que facilite el entrevistado)**

---

- En un centro o servicio de urgencias \_\_\_\_\_  1  
En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio, etc.) \_\_\_\_\_  2  
En una unidad móvil \_\_\_\_\_  3
-

**22c. En relación a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio fue?**

- Hospital de la Seguridad Social \_\_\_\_\_  1  
Servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social \_\_\_\_\_  2  
Centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc). \_\_\_\_\_  3  
Servicio privado de urgencias \_\_\_\_\_  4 → pasar a pregunta 23  
Sanatorio, hospital o clínica privada \_\_\_\_\_  5  
Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento \_\_\_\_\_  6  
Otro tipo de servicio \_\_\_\_\_  7

**22d. ¿Por qué fue a este servicio de urgencias ?**

- Porque el médico se lo mandó \_\_\_\_\_  1  
Porque sus familiares u otras personas lo consideraron necesario \_\_\_\_\_  6

## Hábitos de vida

### Descanso y ejercicio físico

**23. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme el niño/a habitualmente al día?**

Número de horas diarias \_\_\_\_\_

**Entrevistador:** Si el niño/a tiene menos de 1 año → pase a pregunta 25  
Si el niño/a tiene 1 año o más → pase a pregunta 24

**24. ¿Suele el niño/a ver habitualmente la televisión todos o casi todos los días? (Incluye: programación, video y DVD)**

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 25

**24a. ¿Durante cuánto tiempo al día, aproximadamente?**

- Menos de 1 hora \_\_\_\_\_  1  
De 1 a 2 horas \_\_\_\_\_  2  
De 2 a 3 horas \_\_\_\_\_  3  
Más de 3 horas \_\_\_\_\_  4

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

- No realiza actividad física alguna \_\_\_\_\_  1  
Realiza alguna actividad física o deportiva menos de una vez al mes \_\_\_\_\_  2  
Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces al mes pero menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_  3  
Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces a la semana \_\_\_\_\_  4

**Entrevistador:** Si el niño/a es menor de 6 meses → pase a pregunta 29  
Si el niño/a tiene entre 6 meses y 1 año → pase a pregunta 26  
Si el niño/a tiene 1 año o más → pase a pregunta 27

## Alimentación

Sólo si el niño/a tiene entre 6 meses y 1 año

**26. ¿Qué tipo de lactancia tuvo el niño/a durante las primeras 6 semanas, hasta los 3 meses y hasta los 6 meses: natural, mixta o artificial?**

	Natural	Mixta	Artificial	
1. En las 6 primeras semanas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	} pasar a pregunta 29
2. Desde las 6 primeras semanas hasta los 3 meses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
3. Desde los 3 meses hasta los 6 meses _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

Sólo si el niño/a tiene 1 año o más

**27. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar el niño/a habitualmente? (Entrevistador: pueden anotarse varias opciones, ya que se señalará cada opción que incluya alguno de los alimentos o bebidas que el niño/a desayune habitualmente)**

Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. _____	<input type="checkbox"/> 1
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, con o sin mantequilla, aceite, etc. _____	<input type="checkbox"/> 2
Fruta, zumo, etc. _____	<input type="checkbox"/> 3
Huevos, queso, fiambre, bacón o salchichas _____	<input type="checkbox"/> 4
Otro tipo de alimentos y/o bebidas _____	<input type="checkbox"/> 5
Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 6

**28. ¿Con qué frecuencia consume el niño/a los siguientes alimentos? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta D y anote la frecuencia de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan)**

Alimentos	Frecuencia de consumo				
	1	2	3	4	5
1. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/>				
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.) _____	<input type="checkbox"/>				
3. Huevos _____	<input type="checkbox"/>				
4. Pescado _____	<input type="checkbox"/>				
5. Pasta, arroz, patatas _____	<input type="checkbox"/>				
6. Pan, cereales _____	<input type="checkbox"/>				
7. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/>				
8. Legumbres _____	<input type="checkbox"/>				
9. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/>				
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur) _____	<input type="checkbox"/>				
11. Dulces (galletas, mermeladas, etc.) _____	<input type="checkbox"/>				

### Códigos de frecuencia de consumo

1. A diario
2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario
3. Una o dos veces a la semana
4. Menos de una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

## Prácticas preventivas

**Entrevistador:** Si el niño/a es menor de 6 años → pase a pregunta 29  
Si el niño/a tiene 6 o más años → pase a pregunta 30

**29. A continuación le voy a leer una serie de enfermedades ¿en cuáles de ellas cree Ud. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?**

	SI	NO
1. Difteria _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Tétanos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Tosferina _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Hepatitis B _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Sarampión _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Paperas (parotiditis) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Rubeola _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Polio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Varicela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Meningitis C _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

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

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 31

**30a. ¿Quién le indicó que se vacunara?**

El médico, por la edad del niño/a \_\_\_\_\_  1  
El médico, por las enfermedades del niño/a \_\_\_\_\_  2  
El médico, por otras razones \_\_\_\_\_  3  
Le ponen la vacuna en el centro de estudio \_\_\_\_\_  4  
Solicitamos la vacuna porque preferimos que el niño/a esté vacunado \_\_\_\_\_  5  
Otros \_\_\_\_\_  6

## Características personales

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

Peso en Kilos \_\_\_\_\_

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

Altura en cms. \_\_\_\_\_

**33. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:**

Bastante mayor de lo normal \_\_\_\_\_  1  
Algo mayor de lo normal \_\_\_\_\_  2  
Normal \_\_\_\_\_  3  
Menor de lo normal \_\_\_\_\_  4