



CUANTER
Investigación Social y de Mercado
C/ Princesa 24- 4ª planta
28008 Madrid
Teléfono: 915-42-99-78
Fax: 915-59-39-09

CUESTIONARIO NÚMERO



RUTA:

DISTRITO:

SECCIÓN:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa CUANTER. En estos momentos estamos realizando la II Encuesta Andaluza de Salud por encargo de la Junta de Andalucía a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública. La encuesta va dirigida a conocer el estado de salud de la población andaluza y su utilización de servicios sanitarios. La **carta de presentación** que le muestro contiene una breve información introductoria de los objetivos de la encuesta, junto a la solicitud de su colaboración en la misma respondiendo a un sencillo cuestionario.

Entregar carta de presentación

La selección de los hogares a los que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal y sus modificaciones posteriores. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales.

GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN

COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

HOGAR: Persona o conjunto de personas que conviven/ocupan en común la vivienda seleccionada, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

MIEMBROS DEL HOGAR: Se consideran miembros del hogar todas las personas que, sin ocupar otra vivienda principal, dependen económicamente del hogar seleccionado.

CABEZA DE FAMILIA: Se considera cabeza de familia, el miembro del hogar que aporta periódicamente un mayor número de ingresos al presupuesto común del hogar.

Entrevistador: La encuesta será contestada por uno de los padres. Todo el cuestionario se hará relativo a aquel hijo o hija que haya sido designado por la muestra y siempre el mismo. En el caso de que haya dos o más hijos dentro de la misma cuota de edades, elegir siempre al menor de ellos. Rellenar las casillas correspondientes al sexo y edad del niño/a designado/a

Sexo del hijo:

Niño 1
Niña..... 2

Edad:

_____ meses (al menor de 2 años)
_____ años cumplidos

Persona que contesta

Padre 1
Madre 2
Responsable o tutor..... 3

Edad de la persona que contesta

1.- Díganos, por favor, ¿cuántas personas viven en esta casa de manera habitual (contando a la persona entrevistada) ?

1a.- ¿Cuál es su parentesco, con el cabeza de familia de esta casa (con quien más dinero aporta al hogar)?

1b.- ¿Cuál es la relación de parentesco, sexo, edad y situación laboral de estas personas con el cabeza de familia de esta casa?

2a.- Esta pregunta se refiere a cada una de las personas de esta casa.

¿Padece alguna de las siguientes limitaciones o minusvalías que le impida realizar con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

2b.- Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación o cuidado especial por ser menor de 16 años, por ser mayor de 65 años o por presentar algunas de las anteriores minusvalías o limitaciones?

CÓDIGOS PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA:

1. Cabeza de familia (quien aporta más ingresos a la casa)
2. Esposo/a o pareja
3. Hijo/a
4. Padre o madre. Suegro/a
5. Abuelo/a
6. Nieto/a
7. Hermano/a
8. Otros familiares
9. Otros no familiares
0. NS/NC

CÓDIGOS MINUSVALÍA:

1. Enfermedad crónica
2. Problema de nervios, depresión o trastorno mental
3. Limitación, discapacidad o minusvalía física
4. Limitación, discapacidad o minusvalía sensorial
5. Limitación, discapacidad o minusvalía psíquica o mental
6. No padece

PERSONAS	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	SEXO H M	EDAD	SITUACIÓN LABORAL 1 trabaja 2 paro 3 estudia 4 otros 0 NS/NC	LIMITACIÓN MINUSVALÍA	NECESIDAD DE CUIDADOS		
						SÍ	NO	N.C
ENTREVISTADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0

PERSONA 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0

2c.- ¿Quién se ocupa habitualmente de los niños/as menores de 15 años? ¿Quién se ocupa habitualmente de las personas mayores de 65 años? ¿Quién se ocupa habitualmente de las personas discapacitadas que viven en esta casa? (Entrevistador: marque en el recuadro que proceda. Sólo una respuesta por los niños, una por mayores y una por los discapacitados.)

	<u>NIÑOS/AS</u>	<u>MAYORES</u>	<u>DISCAPACITADOS</u>
Se cuida él/ella mismo/a	1	1	1
Lo cuido yo solo/a.....	2	2	2
Yo, junto con otro/s familiar/es.....	3	3	3
Lo cuidan otro/s miembro/s de la familia que viven en la casa	4	4	4
Lo cuida/n otro/s miembro/s de la familia que no viven en la casa	5	5	5
Lo cuida/n algún/algunos vecino/s o amigo/s	6	6	6
Lo cuida una persona contratada (que cobra por ello)	7	7	7
Lo cuida/n profesional/es de los servicios sanitarios y/o sociales.....	8	8	8
Otra situación. Especificar	9	9	9
NS/NC	0	0	0

3.- En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas domésticas tales como fregar, planchar, cocinar, etc.? (Una sola respuesta.)

Yo solo/a	1
Mí pareja	2
Mí pareja y yo	3
Yo, junto a otra persona que no es mi pareja.....	4
Otra persona de la casa que no es mi pareja	5
Una persona contratada (que cobra por ello)	6
Otra situación	7
NS/NC.....	0

3a.- Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a las tareas de la casa tales como fregar, planchar, cocinar, etc., de lunes a viernes? ¿Y durante los fines de semana?

De lunes a viernes (por día): _____	NS/NC	0
Fines de semana (por día): _____	NS/NC	0

3b.- ¿Tiene alguna persona de fuera de la casa que le ayude a realizar las tareas domésticas (como fregar, planchar, cocinar, etc.)?

Sí	1	No.....	2	NS/ NC.....	0
----------	---	---------	---	-------------	---

4.- ¿La vivienda que usted ocupa es de propiedad o de alquiler?

De propiedad.....	1	De alquiler	2	Otra: _____	3
NS/NC.....	0				

4a.- ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda?(No contar la cocina, los baños/lavabos, o el comedor/sala de estar.)

Habitaciones: _____	NS/NC.....	0
---------------------	------------	---

4b.- ¿Cuáles son los servicios y equipamientos con los que cuenta su vivienda?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/NC</u>
Ducha o bañera.....	1	2	0
Calefacción central o individual	1	2	0
Aire acondicionado	1	2	0
Ascensor (si edificio de más de 2 plantas)	1	2	0
Lavavajillas	1	2	0
Horno y/o microondas.....	1	2	0
Televisor.....	1	2	0

5.- La siguiente pregunta se refiere a aspectos del medio ambiente del barrio o zona donde usted reside. Referido al último año, considera usted:

	<u>NADA</u>	<u>NS/NC</u>	<u>MUCHO</u>	<u>ALGO</u>
El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto	1	2	3	0
Su vivienda sufre de malos olores procedentes del exterior	1	2	3	0
En el barrio dónde usted vive la contaminación del aire es elevada....	1	2	3	0
Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante....	1	2	3	0
En el barrio donde usted vive hay espacios verdes suficientes.....	1	2	3	0

5a.- En general, la calidad del medio ambiente de su barrio es:

Muy Buena.....	1	Buena	2	Regular.....	3
Mala	4	Muy Mala.....	5	NS/NC.....	0

6.- ¿Tienen ustedes coche (para uso personal: no profesional exclusivamente)?

Uno.....	1	Dos	2	Más de dos	3
Ningún coche	4	NS/NC.....	0		

7.- A continuación, le vamos a preguntar sobre la salud de su hijo. En los últimos 12 meses, ¿diría usted que el estado de salud de su hijo ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular, malo?

Excelente.....	1	Muy bueno	2	Bueno	3
Regular	4	Malo	5	NS/NC.....	0

8.- Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

Sí	1	Pasa a P.8a	No.....	2	NS/ NC.....	0
----------	---	-------------	---------	---	-------------	---

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 8			
8a.- ¿Qué tipo de dolencias?	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NC</u>
Gripes, catarros	1	2	0
Alergia	1	2	0
Faringitis, amigdalitis	1	2	0
Sinusitis	1	2	0
Otitis	1	2	0
Dolor de espalda y articulaciones	1	2	0
Vómitos	1	2	0
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos	1	2	0
Bronquitis crónica o asma	1	2	0
Enfermedades y dolores de ojos	1	2	0
Enfermedades y dolencias de los oídos: excepto otitis	1	2	0
Enfermedades y dolencias del corazón y aparato circulatorio	1	2	0
Enfermedades y dolencias del aparato respiratorio que no sean gripes	1	2	0
Enfermedades y dolencias del aparato digestivo: esófago, estómago, problemas intestinales (diarrea)	1	2	0
Enfermedades genitourinarias: riñón, orina	1	2	0
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos, dermatitis, eccema.	1	2	0
Enfermedades de la boca, dientes	1	2	0
Otras dolencias:	1	2	0

9.- Actualmente, su hijo, ¿padece o el médico le ha dicho que ha padecido alguno de los trastornos que ahora le leeré?

	SÍ	NO	NS/NC
Asma	1	2	0
Bronquitis crónica (no asma)	1	2	0
Alergias crónicas (no asma)	1	2	0
Diabetes	1	2	0
Anomalía congénita/malformación congénita	1	2	0
Cardiopatía congénita u otra enfermedad del corazón	1	2	0
Trastornos convulsivos	1	2	0
Trastornos huesos y/o articulaciones y/o musculares	1	2	0
Trastornos intestinales crónicos (como diarrea)	1	2	0
Trastornos mentales (incluido retraso mental)	1	2	0
Síndrome de Down	1	2	0
Ceguera o problemas de visión	1	2	0
Sordera o problemas de audición	1	2	0
Defectos del habla	1	2	0
Parálisis	1	2	0
Tumor maligno	1	2	0
Leucemia	1	2	0
Problemas de riñón	1	2	0
Falta de un miembro (mano, pierna, brazo, pie)	1	2	0
Trastornos crónicos de la piel (dermatitis, eccema, ...)	1	2	0

10a.- ¿Ha tenido su hijo algún accidente que le ha causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria en los últimos 12 meses?

- Si 1 -----> ¿Cuántos accidentes? _____
 No..... 2 Pasa a P.11
 NS/NC 0 Pasa a P.11

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 10a.	
10b.- ¿Y en los últimos tres meses?	
Si	1 -----> ¿Cuántos accidentes? _____
No.....	2 Pasa a P.11
NS/NC	0 Pasa a P.11
10c.- ¿Y refiriéndonos en concreto al último accidente, dónde tuvo lugar?	
En su casa.....	1
En su escuela, colegio, guardería	2
En un lugar de recreo o deporte	3
En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, edificio comercial (que no fuera accidente de tráfico)	4
En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero	5
En la vía pública: accidente de tráfico como peatón.....	7
NS/ NC0	0
Otro lugar. _____	8
10d.- ¿Cuál es la principal lesión o daño que le produjo el accidente?	
Envenenamiento o Intoxicación (excluir alimentarias)	1
Quemaduras	2
Fracturas	3
Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones	4
Heridas profundas	5
Otros daños: _____	6
NS/ NC	0
10e.- Como consecuencia de este último accidente ¿tuvo que...?	
Ser ingresado en un hospital o clínica	1
Acudir a un servicio de urgencias de un hospital o clínica	2
Consultar a un médico o enfermera (fuera de un hospital o clínica)	3
No fue necesaria ninguna atención sanitaria	4
NS/ NC	0

A TODOS

11.- ¿Ha tenido el niño/niña en los últimos 12 meses algún impedimento como consecuencia de su salud que le haya afectado a la cantidad o tipo de tareas que realiza habitualmente (p.e. asistencia a la escuela o estudios) o de su tiempo libre (p.e. jugar, pasear, hacer deporte, leer, ir al cine, etc.), a causa de las molestias, enfermedad o accidente?

- Sí 1 Pasa a P.11a
- No 2 Pasa a P.12a
- NC 0 Pasa a P.12ª

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 11			
11a.- Y ese impedimento o dificultad, le afecta a:			
	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NC</u>
Su nivel de asistencia a la escuela o guardería.....	1	2	0
A la realización de otras actividades como pasear, ir al cine, hacer deporte, etc.	1	2	0
11b.- ¿Cuánto tiempo hace que tiene ese impedimento o dificultad?			
Años: _____	Meses: _____	Días: _____	NS/NC.....0
11c.- ¿Y cuál es el motivo de salud más importante que le produce ese impedimento o dificultad?			

A TODOS

12a.- ¿Durante las dos últimas semanas, es decir, desde el día _____ hasta ayer, ha tenido su hijo que reducir o limitar su actividad principal (estudio, vida cotidiana) o las actividades que realiza en su tiempo libre (diversiones, juegos, paseos) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1 Pasa a P.12b
- No 2 Pasa a P.13
- NC 0 Pasa a P.13

SÓLO A LOS RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 12a	
12b.- ¿Cuántos días?	
Días _____	NS/ NC 0
12.c.- ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño/a reducir su actividad o sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas? (Anotar todos los que espontáneamente diga el entrevistado.) (Máximo 4 respuestas.)	
Dolor de huesos o de las articulaciones	1
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	2
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe	3
Dolor de cabeza.....	4
Contusión, lesión o heridas	5
Dolor de oídos, otitis.....	6
Diarrea o problemas intestinales	7
Ronchas, picor, alergias	8
Molestias de riñón o urinarias.....	9
Problemas de estómago, digestivos	10
Fiebres.....	11
Problemas con dientes o encías.....	12
Vómitos.....	13
Dolor abdominal	14
Otros.....	15
NS/NC.....	00

13.- Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto su hijo obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (Contando también los días pasados en el hospital.)

- Sí 1 Pasa a P.14
- No 2 Pasa a P.15
- NC 0 Pasa a P.15

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 13

14.- ¿Cuántos días?

Días: _____

NS/ NC 0

A TODOS

15.- Durante las dos últimas semanas, ¿ ha tomado su hijo algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

Sí 1 Pasa a P.15a)

No 2 Pasa a P.16

NC 0 Pasa a P.16

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 5

15a.- ¿Qué tipo de medicamento? (Anotar todos los que cite el entrevistado. Mostrar tarjeta.)

15b.- ¿Los medicamentos consumidos por su hijo fueron recetados por el médico? (Preguntar por cada uno de los mencionados por el entrevistado.)

	<u>CONSUMIDO</u>		<u>RECETADO</u>	
	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
.....	1	2	1	2
- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	2	1	2
- Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	1	2	1	2
- Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	1	2	1	2
- Laxantes.....	1	2	1	2
- Antibióticos.....	1	2	1	2
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	1	2	1	2
- Medicamentos para la alergia.....	1	2	1	2
- Medicamentos para los vómitos.....	1	2	1	2
- Medicamentos para la diarrea.....	1	2	1	2
- Otros.....	1	2	1	2

A TODOS

16.- ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

Sí 1 Pasa a P.17

No 2 Pasa a P.16a)

NC 0 Pasa a P.16a)

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 2 Ó 0 EN PREGUNTA 16

16a.- ¿Puede recordar cuanto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo? (Concretar lo más posible.)

Años: Pasa a P.17

Meses: _____ Pasa a P.17

Nunca ha ido al médico 97

No recorda..... 98

NC 00

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 16 O DIJERON ALGUNA FECHA EN P.16a

17.- ¿Cuántas veces?

Veces: _____ NS/ NC 0

17a.- Y refiriéndonos a la última consulta, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico?. (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas.) (Mostrar tarjeta B.)

Centro de Salud/Consultorio.....	1
Ambulatorio/Centro de Especialidades.....	2
Consulta externa de un hospital	3
Servicio de urgencia de un ambulatorio.....	4
Servicio de urgencia de un hospital	5
Consulta del médico particular	6
Consulta del médico de una sociedad	7
Empresa o lugar de trabajo	8
En el domicilio de usted.....	9
Consulta telefónica.....	10
Otros lugares	11
NS/NC.....	00

17b.- ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/NC</u>
Vacunación.....	1	2	0
Control de salud periódico	1	2	0
Diagnóstico y/o tratamiento	1	2	0
Revisión por otros motivos	1	2	0
Solo dispensación de recetas.....	1	2	0
Otros.....	1	2	0

17c.- ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? (Mostrar tarjeta C.)

Medicina general	1
Pediatría	2
Otros.....	3 → ¿Cuál?: _____
NS/ NC	0

17d.- Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador: si le dicen “nada de tiempo”, concretar cuántos minutos fueron.)

Horas: _____ Minutos: _____ NS/ NC..... 0

17e.- ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico? (Entrevistador: si le dicen “nada de tiempo”, concretar cuántos minutos fueron.)

Horas: _____ Minutos: _____ NS/ NC..... 0

17f.- El médico el que acudió en esta última consulta realizada por su hijo era:

De la Seguridad Social./ SAS (Servicio Andaluz de Salud)	1
De una Sociedad Médica (Sanitas, Adeslas, Asisa)	2
Médico privado/particular.....	3
Mutua de la empresa o médico de la empresa de los padres o tutores.....	4
Otros:.....	5
NS/NC.....	0

A TODOS

18.- Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses ¿ha ido su hijo al dentista, estomatólogo, protésico, ortodoncista o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

Sí 1 → ¿Cuántas veces?: _____ Pasa a P.20
 No 2
 NS/ NC 0

19.- Si no ha ido en los últimos 6 meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo acudió al dentista, protésico, ortodontista o higienista dental? (Concretar lo más posible.)

Año: _____ Pasa a P.20 Meses: _____ Pasa a P.20

Nunca ha ido al dentista97 Pasa a P.22
 No recuerda98 Pasa a P.22
 NC00 Pasa a P.22

SÓLO PARA LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 A P.18 Ó ALGUNA FECHA EN P.19

20.- ¿La última vez que acudió su hijo al dentista, ortodontista o protésico lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/NC</u>
Revisión o chequeo.....	1	2	0
Limpieza de boca.....	1	2	0
Empastes (obturaciones).....	1	2	0
Extracción de algún diente/muela	1	2	0
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2	0
Tratamiento de las enfermedades de las encías.....	1	2	0
Ortodoncia	1	2	0
Selladores, aplicación de flúor	1	2	0
Otros	1	2	0

21.- El dentista, ortodontista o protésico al que consultó su hijo esta última vez era:

De la Seguridad Social/ SAS (Servicio Andaluz de Salud)	1
Del Ayuntamiento	2
De una Sociedad Médica.....	3
Privado	4
Otros.....	5
NS/NC.....	0

A TODOS

22.- Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/NC</u>
¿Tiene caries?.....	1	2	0
¿Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo?	1	2	0
¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)?	1	2	0
¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?	1	2	0
¿Los dientes que tiene están sanos?	1	2	0
¿No procede, no tiene dientes?	3		

23.- Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado su hijo ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

Sí 1
 No 2 Pasa a P.24
 NS/ NC 0 Pasa a P.24

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 23

23a.- ¿Cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado en estos últimos 12 meses?

Veces: _____ NS/ NC:0

23b.- Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo ocurrido en los últimos 12 meses, ¿puede decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital? (Si sólo fueron horas, contabilizar como 1 día.)

Días: _____ NS/ NC:0

23c.- Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo en el hospital?

Intervención quirúrgica 1
 Estudio médico para diagnosticar 2
 Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 3
 Otros 4
 NS/NC 0

23d.- ¿Estaba usted en la lista de espera para ingresar a su hijo por ese motivo?

Sí 1
 No 2 Pasa a P.23f
 NS/ NC 0 Pasa a P.23f

23e.- ¿Cuánto tiempo en meses?

Meses: _____ NS/ NC:0

23f.- Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo en el hospital fue...?

A través del servicio de urgencia 1
 Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias..... 2
 NS/NC 0

23g.- ¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

Seguridad Social/ SAS 1
 Mutualidad obligatoria (Muface, Isfas, etc.)..... 2
 Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas, etc.) 3
 A su propio cargo 4
 Mutua de la empresa de los padres o tutores 5
 Otros 6
 NS/NC 0

A TODOS

24.- En estos últimos 12 meses ¿ha tenido su hijo que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

Sí, acudió a un centro o servicio 1 No 3 Pasa a P.25
 Sí, acudieron a mi domicilio 2 NS/NC 0 Pasa a P.25

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 Ó 2 EN PREGUNTA 24

24a.- Y en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo que utilizar un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses?

Veces: _____ NS/ NC:0

24b.- Refiriéndonos a la última vez que su hijo utilizó un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, díganos si dicho servicio de urgencias pertenece a...

Un hospital de la Seguridad Social/SAS.....1
 Un servicio de urgencias no hospitalario de SS/SAS2
 Un servicio privado de urgencias.....3
 Un sanatorio, hospital o clínica privada.....4 Pasa a P.25
 Otros.....5 Pasa a P.25
 NS/ NC0 Pasa a P.25

24.c.- ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias?

El médico se lo mandó 1
 Usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario..... 2
 NS/NC 0

A TODOS

25.- ¿Podría decirme ahora, si su hijo es titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta? (Mostrar tarjeta D.) (Máximo 2 respuestas.)

Seguridad Social 1
 Mutualidades del Estado acogidas a la
 Seguridad Social (Muface, Isfas, etc.) 2
 Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (Muface, Isfas, etc.)
 3
 Seguro médico privado, concertado individualmente (Sanitas, Asisa,
 Esfera Médica, Colegios Profesionales, etc.) 4
 Seguro médico concertado por la empresa de los padres o tutores..... 5
 No tiene seguro médico 6
 Otros 7
 NS/ NC 0

26.- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo habitualmente?

Horas: _____ NS/ NC:0

27.- ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo en su tiempo libre, dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de sus actividades en su tiempo libre? (Mostrar tarjeta E.)

No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente
 sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna)..... 1
 Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en
 bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)..... 2
 Hace actividad física regular, varias veces al mes (deportes, gimnasia,
 correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc. 3
 Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana..... 4
 NS/NC 0

28.- Pasando a otro tema, querríamos saber si su hijo se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí 1
 No 2 Pasa a P.29
 NS/ NC 0 Pasa a P.29

SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 28

28a.- ¿Quién se lo indicó?

El médico, por la edad del niño	1
El médico, por las enfermedades del niño	2
Le ponen la vacuna en el centro de estudio	3
Nosotros solicitamos la vacuna porque preferimos que esté vacunado	4
El médico, por otras razones	5
Otros	6
NS/NC	0

A TODOS

29.- ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Kilos: _____ No lo sabe:..... 1 NC0

30.- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo sin zapatos?

Cms: _____ No lo sabe:..... 1 NC0

31.- Y, en relación a su estatura, ¿diría usted que su peso es...?

Bastante mayor de lo normal	1	Menor de lo normal	4
Algo mayor de lo normal	2	No lo sabe	5
Normal	3	NC	0

32.- ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo durante las primeras 6 semanas?, ¿Y hasta los 3 meses? ¿Y hasta los 6 meses?

	<u>Pecho</u>	<u>Pecho/ biberón</u>	<u>Sólo biberón</u>	<u>NS/ NC</u>
6 primeras semanas	1	2	3	0
7ª semana hasta 3 ^{er} mes	1	2	3	0
4º mes al 6º mes	1	2	3	0

32a.- ¿Y a qué edad le empezó a dar?

	<u>Años</u>	<u>Meses</u>
Cereales sin gluten	_____	_____
Cereales con gluten	_____	_____
Fruta	_____	_____
Carne o pescado	_____	_____
Huevo	_____	_____
Leche normal (no especial para niños)	_____	_____

PARA LOS NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

33.- Querría preguntarles sobre los hábitos de su hijo ¿Con qué frecuencia...?	<u>Todos los días</u>	<u>5 ó 6 veces semana</u>	<u>3 ó 4 veces semana</u>	<u>1 ó 2 veces semana</u>	<u>-1 vez semana</u>	<u>NS NC</u>
Toma fruta.....	1	2	3	4	5	0
Toma verdura o puré de verdura.....	1	2	3	4	5	0
Pescado, carne.....	1	2	3	4	5	0
Huevos.....	1	2	3	4	5	0
Yogures, petit suises.....	1	2	3	4	5	0
Se baña o ducha.....	1	2	3	4	5	0
Se lava los dientes por la noche.....	1	2	3	4	5	0
34.- ¿Cuánta leche bebe al día?						
Menos de 1 vaso/taza.....	1		3 o más vasos/tazas.....			4
1 vaso/taza.....	2		NS/NC.....			0
2 vasos/tazas.....	3					
35.- ¿Suele su hijo ver la televisión todos o casi todos los días?						
Sí.....	1					
No.....	2					Pasa a P.36
NS/ NC.....	0					Pasa a P.36
35a.- ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?						
Menos de 1 hora.....	1		Más de 3 horas.....			4
De 1 hora a 2 horas.....	2		NS/NC.....			0
De 2 a 3 horas.....	3					

A TODOS: Las siguientes preguntas serán siempre referidas al entrevistado que es el padre, la madre o tutor/a del/de la niño/a.

36.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a.....	1	Separado/a.....	3	Viudo/a.....	5
Casado/a.....	2	Divorciado/a.....	4	En pareja (no casado/a).....	6
NS/NC.....	0				

37.- ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Provincia: _____ Extranjero:..... 60

38.- ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizados?

No sabe leer o escribir.....	1
No estudió, pero sabe leer y escribir.....	2
Primario (hasta 5º de EGB, ingreso).....	3
EGB completa (8º o similar B. elemental).....	4
Estudios de FPI.....	5
Estudios de FP II.....	6
Estudios secundarios (BUP, B. superior).....	7
Estudios universitarios medios.....	8
Estudios universitarios superiores.....	9
Otros estudios: _____	10

39.- ¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabaja.....	1	Pasa a P.40a
Está en el paro y ha trabajado antes.....	2	→ Cuántos meses en paro?: _____
Busca primer empleo.....	3	
Jubilado (trabajó anteriormente).....	4	
Sus labores/Ama de casa.....	5	
Estudiante.....	6	
Incapacidad/invalidez permanente.....	7	
Otros: _____	8	

39a.- ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

Sí.....	1	→ ¿Cuál?: _____
No.....	2	
NC.....	0	

40.- ¿Ha trabajado anteriormente?

Sí.....	1	
No.....	2	Pasa a P.43
NC.....	0	

PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO

40a.- ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?	
40b.- ¿Qué tarea concreta hace o hacía en esta empresa?	
40c.- ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía usted en la empresa donde trabaja o trabajaba?	
Empresario o autónomo con asalariados	1
Empresario o autónomo sin asalariados	2
Profesional liberal	3
Director o gerente de empresas públicas o privadas.....	4
Técnico superior (administrativo, comercial o técnico)	5
Técnico medio (administrativo, comercial o técnico)	6
Personal administrativo comercial.....	7
Contraamaestre, capataz	8
Obrero cualificado	9
Obrero no cualificado	10
Trabajador de servicios	11
Trabajador agrícola.....	12
Cuerpos de seguridad del Estado.....	13
Otro:	14

SÓLO PARA QUIENES TRABAJAN ACTUALMENTE

41.- ¿Qué tipo de contrato tiene?			
Trabaja por su cuenta o no es asalariado.....	1	Contrato temporal de más de 2 años	7
Funcionario/estatutario.....	2	Contrato temporal sin especificar duración	8
Contrato indefinido	3	Sin contrato	9
Contrato temporal de menos de 6 meses.....	4	Otra relación: _____	10
Contrato temporal de 6 meses a 1 año	5	NS/NC	0
Contrato temporal de más de 1 a 2 años	6		
41a.- ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?			
Jornada partida.....	1	Turnos	5
Jornada continuada de mañana	2	Otra posibilidad	6
Jornada continuada de tarde.....	3	NS/ NC	0
Jornada continuada nocturna	4		
41b.- En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?			
Horas: _____			
41c.- ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver de trabajar al día?			
Horas: _____		Minutos: _____	
41d.- ¿Cuántas personas trabajan bajo su responsabilidad?			
Ninguno	1	De 6 a 9	3
De 1 a 5	2	De 10 a 20	4
		Más de 20.	5
		NS/NC	0
42.- La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados tiene?			
Ninguno	1	De 100 a 499	5
De 1 a 9	2	500 o más	6
De 10 a 49	3	No sabe	7
De 50 a 99	4	NC	0

A TODOS

ENTREVISTADOR: Las siguientes preguntas son sobre el cabeza de familia (el que más dinero aporta a la familia) o si el entrevistado es el cabeza de familia, sobre la persona que aporta en segundo lugar más recursos económicos a la familia.

PARENTESCO DE ESTA PERSONA CON EL ENTREVISTADO: _____

43.- ¿Cuál fue el nivel más alto de estudios finalizados por esta persona?

No sabe leer o escribir	1	Estudios de FPII	6
No ha estudiado pero sabe leer y escribir	2	Estudios secundarios (BUP, B. superior)	7
Primario (hasta 5º EGB, ingreso)	3	Universitarios medios	8
EGB completa (8º o similar B. elemental)	4	Universitarios superiores.....	9
Estudios de FPI.	5	Otros estudios	10

43a.- ¿Cuál es la situación laboral actual de esta persona?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| Trabaja | 1 | Pasa a P.44a |
| Está en el paro y ha trabajado antes | 2 | → ¿Cuántos meses en paro?: _____ |
| Busca primer empleo | 3 | |
| Jubilado (trabajó anteriormente) | 4 | |
| Sus labores/Ama de casa..... | 5 | |
| Estudiante..... | 6 | |
| Incapacidad/invalidez permanente..... | 7 | |
| Otros: _____ | 8 | |

44. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

- | | | |
|----------|---|--------------|
| Sí..... | 1 | ¿Cuál? _____ |
| No | 2 | |
| NC..... | 0 | |

44a.- ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

44b.- ¿Qué tarea concreta hace o hacía en esta empresa esta persona?

44c.- ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

- | | |
|--|----|
| Empresario o autónomo con asalariados | 1 |
| Empresario o autónomo sin asalariados | 2 |
| Profesional liberal..... | 3 |
| Director o gerente de empresas públicas o privadas..... | 4 |
| Técnico superior (administrativo, comercial o técnico) | 5 |
| Técnico medio (administrativo, comercial o técnico) | 6 |
| Personal administrativo comercial..... | 7 |
| Contramaestre, capataz..... | 8 |
| Obrero cualificado | 9 |
| Obrero no cualificado | 10 |
| Trabajador de servicios..... | 11 |
| Trabajador agrícola..... | 12 |
| Cuerpos de seguridad del Estado..... | 13 |
| Otro: _____ | 14 |
| NS/NC | 00 |

DATOS DE LA ENTREVISTA

TRIMESTRE	1	2	3	4
------------------	----------	----------	----------	----------

SEMANA DEL TRIMESTRE	1	2	3	4
-----------------------------	----------	----------	----------	----------

FECHA DE REALIZACIÓN:

Día: Mes: Año:

DÍA DE LA SEMANA:

Lunes	1	Viernes	5
Martes	2	Sábado	6
Miércoles	3	Domingo	7
Jueves	4		

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA:

minutos

HORA DE REALIZACIÓN:

Mañana (9-12)	1	Tarde (4-8)	3
Mediodía (12-4)	2	Noche (8-10)	4

SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:

Mucha	1	Poca	3
Bastante	2	Ninguna	4

LOS SIGUIENTES CUADROS TIENEN QUE VENIR SIEMPRE RELLENOS

NOMBRE DEL/LA ENTREVISTADOR/A

.....

CÓDIGO

SUPERVISOR/A

.....

OBSERVACIONES

.....

.....

A RELLENAR POR EL/LA ENTREVISTADOR/A

La persona entrevistada ha sido seleccionada de acuerdo a los criterios marcados para este estudio y la entrevista ha sido cumplimentada en su totalidad con esta persona.

Entrevistador/a

..... de de 2.003

(fecha)

El/la entrevistador/a

.....

VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE VALIDACIÓN, SUPERVISIÓN DE LA ENTREVISTA:

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

.....

DIRECCIÓN:

.....

CÓDIGO POSTAL :

LOCALIDAD:

PROVINCIA: