

**INFANTIL:
CUESTIONARIO**

Nº:

--	--	--	--

MUNICIPIO:	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				PROVINCIA:	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
RUTA: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				DISTRITO: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SECCIÓN: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
HOGAR DENTRO DE LA SECCIÓN: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa Demométrica. En estos momentos estamos realizando la Encuesta de Salud de la Comunidad de Castilla - La Mancha por encargo de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. La encuesta va dirigida a conocer el estado de salud de la población castellano-mancheña 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 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 10/2001, de 22 de noviembre, de adecuación de Procedimientos Administrativos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de cesión de datos personales. 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 (PREGUNTAS A.1 y A.2)

(Entrevistador: Hacer la tabla de composición del hogar y datos de la vivienda (A.1, A.2, A.3, A.4, A.5 cuando no exista entrevista a adulto en el hogar.)

(Si existe entrevista a adulto en el hogar, anote los datos que figuran a continuación antes de iniciar la entrevista y comenzar en P.1)

ENTREVISTADOR: Anote los datos siguientes antes de continuar la entrevista:

Nº de la tabla de composición del hogar que corresponde al niño/a seleccionado: _____

Parentesco de la persona que contesta a la entrevista con el niño/a seleccionado:

- Padre 1
- Madre 2
- Responsable o tutor 3

Nº de la tabla de composición del hogar que corresponde a la persona que contesta la entrevista: _____

EN PRIMER LUGAR, LE VAMOS A REALIZAR VARIAS PREGUNTAS REFERIDAS A USTED Y A LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA CASA:

A.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN NORMALMENTE EN ESTA VIVIENDA?: personas

A.2. TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR: (Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta, ordenando según edad)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Parentesco con el NIÑO/A entrevistado/a:										
▪ Padre/madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Otros familiares	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Otra persona sin vínculo familiar ..	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
b) Sexo:										
▪ Hombre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Mujer	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
c) Edad:										
d) ¿Tiene alguna limitación o problema que le impida valerse por sí mismo y que requiera, por tanto una atención o ayuda permanente de otra/s persona/s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e1) IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A A ENTREVISTAR EN EL HOGAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2) IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE CONTESTA LA ENTREVISTA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer f) sólo para los miembros del hogar con <input checked="" type="checkbox"/> en d) y para todos los miembros menores de 16 años ó mayores de 64 años										
g) ¿Quién se ocupa PRINCIPALMENTE de su cuidado? (nos referimos a la persona que se ocupa con más frecuencia y/o dedica más tiempo a cuidar a la persona referenciada), (marcar una sola opción de respuesta por cada miembro del hogar que requiere cuidados)										
▪ Habitualmente se cuida él/ella mismo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Habitualmente lo cuida yo (la persona entrevistada)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Habitualmente lo cuida yo (la persona entrevistada) compartiéndolo con otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Habitualmente lo cuida otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Una persona contratada (que cobra por ello)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ Habitualmente lo cuida otra persona (FAMILIAR) que no reside en el hogar	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
▪ Habitualmente lo cuida otra persona (NO FAMILIAR) que no reside en el hogar	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ Servicios sociales.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
En caso de que el cuidador sea otra persona del hogar anotar el número de miembro que le corresponde en el cuadro										

VIVIENDA

A.3. ¿En qué tipo de vivienda reside Ud. habitualmente?

- | | |
|--|---|
| • Piso casco urbano | 1 |
| • Piso fuera casco urbano | 2 |
| • Vivienda unifamiliar casco urbano | 3 |
| • Vivienda unifamiliar fuera casco urbano (urbanización o similares) | 4 |
| • Vivienda aislada | 5 |
| • Otro tipo, indique cuál | |

.....

A.4 ¿Cuántos metros útiles tiene su vivienda aproximadamente?

m²

- No contesta 999

A.5 ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda (no contar la cocina, los baños/lavabos o el comedor/sala de estar)?

habitaciones

- No contesta 99

CUESTIONARIO PRINCIPAL**ESTADO DE SALUD Y ACCIDENTALIDAD**

VAMOS A HABLAR AHORA DE LA SALUD DE SU HIJO/A DE ... AÑOS. (Entrevistador/a: en caso de existir más de un niño/a en el hogar, recordar la edad y sexo del niño/a seleccionado para la entrevista)

P.1. En los ÚLTIMOS 12 MESES, es decir, desde ... hasta ..., ¿diría Ud. que el estado de salud de su hijo/a ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- | | |
|-------------------|---|
| • Muy bueno | 1 |
| • Bueno | 2 |
| • Regular | 3 |
| • Malo | 4 |
| • Muy malo | 5 |
| • N/S | 8 |
| • N/C | 9 |

P.2. Pensando en el futuro, ¿cómo cree Ud. que será el estado de salud de su hijo/a dentro de un año, en comparación con la situación actual?

- | | |
|---------------------------|---|
| • Mucho mejor | 1 |
| • Algo mejor | 2 |
| • Más o menos igual | 3 |
| • Algo peor | 4 |
| • Mucho peor | 5 |
| • N/S | 8 |
| • N/C | 9 |

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas deben hacerse en función de la edad del niño/a.

*EN CASO DE MENORES DE 8 AÑOS, **Pasar directamente a P.4.***

*EN CASO DE NIÑOS/AS DE 8 ó MÁS AÑOS. **Hacer P.3***

P.3 (NIÑOS/AS CON 8 O MÁS AÑOS. PREGUNTAR AL PADRE/MADRE/TUTOR)

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido el/la chico/a en los últimos siete días . Por favor, conteste las preguntas como mejor pueda, intentando que sus respuestas reflejen la perspectiva del chico/a.

<i>Durante los últimos siete días.....</i>	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Durante los últimos siete días.....</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a se ha sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a se ha sentido solo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P.14. ¿Tiene su hijo/a problemas para dormir, sueños agitados o pesadillas o la sensación de estar cansado permanentemente?

- No 1
- Sí (señale cuál)
 - Insomnio 2
 - Somnolencia, cansancio permanente.. 3
 - Sueño agitado, pesadillas 4
 - Otras 5
- N/C 9

(MENORES DE 5 AÑOS. RESTO PASAR A P.18)

En este bloque la duda es si dejar estas tres preguntas, P.15 a P.17, o sustituirlas por las preguntas P41 a P43 de la ENS.

P.15. ¿En qué mes de gestación nació su hijo/a?

| | N° de mes

FECHA NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

P.16. ¿Recuerda Vd. aproximadamente cuánto pesó su hijo/a al nacer?

, Kg/gramos

P.17. ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a durante las primeras seis semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los tres meses? ¿Y hasta los seis meses?

	Nat.	Mixta	Art.
• Primeras seis semanas	1	2	3
• Hasta los 3 meses ..	1	2	3
• Hasta los 6 meses ..	1	2	3

ACCIDENTES (A TODOS/AS)

P.18. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tenido su hijo/a algún accidente o sufrido algún tipo de agresión, intoxicación o quemaduras?

- Sí 1
- No 2 ➡ Pasar P. 23
- N/C 8 ➡ Pasar P. 23

P.18a. ¿De qué tipo?

- Caída a nivel del suelo 1
- Caída a desnivel (escaleras, sillas, etc.) ... 2
- Se ha golpeado con algo 3
- Alguien le ha golpeado o pegado o maltratado 4
- Quemaduras 5
- Sumersión en el mar 6
- Intoxicaciones (no alimentarias) 7
- Accidente tráfico como pasajero 8
- Accidente tráfico como peatón 9
- Intoxicación alimentaria 10
- Practicando algún tipo de deporte 11
- Otros 12
- N/C 99

P.19. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha sufrido varios en estos 12 meses, ¿dónde tuvo lugar?

- Casa, escaleras 1
- Accidente de tráfico en calle o carretera 2
- En la calle, pero no fue de tráfico 3
- En la escuela, guardería, centro escolar 4
- Zona deportiva 5
- Zona recreativa o de ocio 6
- Otros 7
- N/C 9

P.20. ¿Cuáles fueron los daños que sufrió a consecuencia de dicho accidente? (respuesta múltiple)

- Contusiones o heridas superficiales 1
- Fracturas y/o heridas profundas 2
- Quemaduras 3
- Pérdida de conocimiento 4
- Intoxicaciones 5
- Daños psíquicos o morales 6
- Otros 7
- N/C 9

P.21. ¿Tuvo que consultar a un médico/a u enfermero/a, acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de ese accidente?

- Consultar a un médico/enfermero 1
- Acudir a centro de urgencias 2
- Ingresado en hospital 3
- No acudió a ningún servicio sanitario 4
- N/C 9

P.21a. ¿Por qué motivo no acudió a un centro sanitario?

- No me pareció necesario 1
- Me daba miedo 2
- Pensé que nadie le iba a atender 3
- Motivos económicos 4
- Pensé que perdería mucho tiempo 5
- Otros (especificar)
- N/C 9

P.22. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha sufrido el niño/a algún tipo de agresión?

- Sí 1
- No 2 ➡ Pasar P. 23
- N/C 8 ➡ Pasar P. 23

P.22a. Refiriéndonos a la última agresión que haya tenido (si es que ha tenido varias en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio 1
- En la escuela/colegio/guardería/instituto .. 2
- En la calle 3
- En el hogar del menor..... 4
- En el edificio donde vive 5
- En una zona deportiva 6
- En otro lugar 7
- N/C 8

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD (A TODOS/AS)

P.23. A continuación voy a leerle una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud ¿Ha padecido el niño/a alguna vez alguna de ellas? [Entrevistador/a: Leer a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En caso de respuesta afirmativa a un problema determinado, preguntar por los últimos doce meses, si ha sido diagnosticado por un médico y la toma de medicación (P.24)]

P.24. De las enfermedades con respuesta SI en P.23, ¿en relación con esa enfermedad?

	P.23		P.24					
	¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa preguntar y anotar lo que proceda					
	Si	No	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		¿Le ha dicho el medico que la padece?		¿Esta tomando medicacion en los últimos 12 meses por este problema?	
			Si	No	Si	No	Si	No
1. Alergia crónica	1	2	1	2	1	2	1	2
2. Asma	1	2	1	2	1	2	1	2
3. Diabetes	1	2	1	2	1	2	1	2
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)	1	2	1	2	1	2	1	2
5. Epilepsia	1	2	1	2	1	2	1	2
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad).....	1	2	1	2	1	2	1	2
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, etc)	1	2	1	2	1	2	1	2

Entrevistador/a: - Si todas las respuestas son NO ⇒ pasar a pregunta 26
 - Si alguna respuesta es SI ⇒ continuar en pregunta 25

P.25. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problemas de salud, le han limitado al niño/a de alguna forma sus actividades habituales?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.26. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, es decir desde el día ... hasta el día de ayer, ¿ha tenido su hijo/a que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de una jornada por alguno o varios dolores o síntomas?

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.28
- N/C 8 ⇒ Pasar P.28

P.27. ¿Durante cuánto tiempo se prolongó la reducción de su actividad cotidiana?

días

N/S-N/C 99

P.28. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿se ha visto obligado el/la niño/a a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasado en el hospital)

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P. 30
- N/C 8 ⇒ Pasar P. 30

P.28a. Nº de días:

días

N/S-N/C 99

P.29. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas que ha obligado a su hijo/a a reducir sus actividades en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS? (Entrevistador/a: Anotar todos los que cite espontáneamente)

Diferenciar Actividad habitual (AH) y Cama (C)

	AH	C
• Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones	1	1
• Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir	2	2
• Problemas de garganta, tos, catarro o gripe	3	3
• Dolor de cabeza	4	4
• Contusión, lesión o heridas	5	5
• Dolor de oídos, otitis	6	6
• Diarrea o problemas intestinales	7	7
• Ronchas, picor o alergias	8	8
• Molestias de riñón o urinarias	9	9
• Fiebre	10	10
• Problemas con los dientes o encías	11	11
• Vómitos	12	12
• Dolor abdominal	13	13
• Otros dolores o síntomas	14	14
• N/C	99	99

VISTA/OIDO (A TODOS/AS)

P.30. ¿Tiene su hijo/a problemas en la vista?

- Sí 1
- No 2
- N/S-N/C 9

P.31. ¿Utiliza gafas o lentillas?

- Sí 1
- No 2
- N/S-N/C 9

P.32. ¿Cuánto tiempo hace que revisó la visión de su hijo/a por última vez?

		Años (anotar 1 para meses)
--	--	----------------------------

- Nunca 99 ⇒ **Pasar P. 34**

P.33. Esta última vez, ¿dónde le revisaron la visión?

- Oftalmólogo (oculista) de la sanidad pública 1
- Oftalmólogo (oculista) privado 2
- Óptico 3
- Otros (especificar)

P.34. ¿Tiene dificultad su hijo/a para oír conversaciones, radio, TV., al volumen normal?

- Sí 1
- No 2
- N/S 8

P.35. ¿Utiliza algún aparato para mejorar la audición?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.36. ¿Cuánto tiempo hace que comprobó la audición de su hijo/a por última vez?

		Años (anotar 1 para meses)
--	--	----------------------------

- Nunca 99 ⇒ **Pasar P. 38**

P.37. Esta última vez, ¿a qué tipo de consulta acudió?

- Otorrino público 1
- Otorrino privado 2
- Establecimiento especializado 3
- Otros (especificar)

CONSUMO DE MEDICAMENTOS (ULTIMAS 4 SEMANAS) A TODOS/AS.

P.38. En las últimas cuatro semanas, ¿ha utilizado su hijo/a algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

P38a (Únicamente si hay consumo en las últimas cuatro semanas) ¿Y en las últimas dos semanas?

- Sí, últimas dos semanas 1 ⇒ **P.39**
- Sí, últimas cuatro semanas 2 ⇒ **P.39**
- No 3 ⇒ **P.40**
- N/C 9 ⇒ **P.40**

P.39. ¿Dígame cuáles de los que figuran en la tarjeta son los que ha consumido su hijo/a y si le fueron recetados por un médico? (Entrevistador/a: Mostrar TARJETA A y anotar todos los que cite. Para cada medicamento consumido, preguntar quién se los recetó o recomendó.)

	Ha consumido		Recetó Médico	Consejo Farmacéutico	Iniciativa propia o consejo de amigos
	Sí	No			
▪ Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el asma	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el dolor	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para bajar la fiebre	1	2	1	2	3
▪ Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	1	2	3
▪ Laxantes	1	2	1	2	3
▪ Antibióticos	1	2	1	2	3
▪ Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para la alergia	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para la diarrea	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para la diabetes	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para los vómitos.....	1	2	1	2	3
▪ Otros	1	2	1	2	3
▪ N/C	9	9	9	9	9

P40. Han consumido su hijo/a en las dos últimas dos semanas algún producto homeopático/naturista o de herbolario.

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

ALIMENTACIÓN Y HABITOS DE VIDA (A TODOS/AS)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A HÁBITOS DE VIDA QUE TIENEN RELACIÓN CON LA SALUD DE SU HIJO/A, COMO EL CONSUMO DE ALIMENTOS, LA ACTIVIDAD FÍSICA,

P.41. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar el/la niño/a habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc.1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc2
- Fruta y/o zumo3
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc4
- Otro tipo de alimentos 5
- Nada, no suele desayunar6
- Ns/Nc9

P.42. Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga con qué frecuencia consume su hijo/a cada uno de ellos (MOSTRAR TARJETA B y anotar frecuencia de consumo para cada alimento)

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una/dos veces a la semana	Menos de 1 vez semana	Nunca o casi nunca	N/C
• Leche y derivados (yogur, postres lácteos, queso, ...)	1	2	3	4	5	9
• Pan, cereales	1	2	3	4	5	9
• Legumbres (lentejas, judías, garbanzos)	1	2	3	4	5	9
• Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, ...) arroz, patatas	1	2	3	4	5	9
• Fruta fresca	1	2	3	4	5	9
• Verduras y hortalizas	1	2	3	4	5	9
• Carne	1	2	3	4	5	9
• Embutidos	1	2	3	4	5	9
• Pescado	1	2	3	4	5	9
• Huevos.....	1	2	3	4	5	9
• Refrescos y zumos con azúcar (envasados)	1	2	3	4	5	9
• Comida rápida (pizzas, hamburguesas,...).....	1	2	3	4	5	9
• Snacks o comidas saladas (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas,...)	1	2	3	4	5	9
• Dulces (galletas, mermeladas, chocolate, ..)	1	2	3	4	5	9

P.43. ¿Diría Vd. que la dieta que sigue su hijo/a es adecuada?

- Sí 1
- No 2
- N/S-N/C 9

P.45. ¿Cuáles de las siguientes comidas hace su hijo/a al día?

	Sí	No	N/C
• Desayuno (sólo leche o similares)	1	2	9
• Desayuno (más que leche)	1	2	9
• Almuerzo	1	2	9
• Comida	1	2	9
• Merienda	1	2	9
• Cena	1	2	9

P.46. En el momento actual, ¿sigue su hijo/a alguna dieta o régimen especial?

- Ninguna 1⇒ P.47
- Para perder peso 2
- Para mantener el peso 3
- Por motivos médicos (enfermedad) 4
- Otros motivos:
.....
- N/C 9

P.46a. ¿Quién le ha recomendado la dieta?

- Nadie, la hace por su cuenta 1
- La ha visto en una revista o similar 2
- Un familiar, amigo 3
- Médico general 4
- Médico especialista 5
- Otro profesional sanitario (enfermero, ...) 6
- Naturista, herbolario 7
- Otros (especificar)

P.47. ¿Durante los últimos dos años ha utilizado su hijo/a algún procedimiento para adelgazar?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.47a. ¿Esa dieta la siguió con o sin control médico?

- Con control médico 1
- Sin control médico 2
- N/C 9

P.48. Vamos a preguntar ahora por el estado de los dientes de su hijo/a

	Sí	No	N/C
a. ¿Tiene caries?	1	2	9
b. ¿Le han extraído dientes/muelas?	1	2	9
c. ¿Le han empastado/obturado dientes/muelas?	1	2	9
d. ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?....	1	2	9
e. ¿Los dientes que tiene están sanos?	1	2	9
e. No le han salido todavía los dientes	1	2	9

P.48a. ¿Se lava su hijo/a los dientes todos los días?

- Sí 1 ⇒ ¿Cuántas veces?
- No 2
- No procede . 8
- N/C 9

P.48b. ¿Utiliza habitualmente seda dental?

- Sí 1
- No 2
- No procede . 8
- N/C 9

P.48c. ¿Y enjuagues bucales?

- Sí 1
- No 2
- No procede . 8
- N/C 9

P.49. Durante los últimos tres meses, ¿ha ido el niño/a a la consulta de dentista, estomatología o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No 2

P.49a Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿cuánto tiempo hace que el niño/a acudió al dentista, estomatólogo/a o higienista dental?

- Menos de 1 año 1 ⇒ meses
- Hace un año o más 2 ⇒ años
- No recuerda..... 3
- No ha ido nunca 4 ⇒ **P.52**

P.50. La última vez que su hijo/a fue a un dentista ¿Qué tipo de asistencia recibió?

- Revisión 1
- Limpieza de boca 2
- Empastes (obturaciones), endodoncias 3
- Extracción de algún diente/muela 4
- Ortodoncias 5
- Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis 6
- Tratamiento enfermedades de las encías..... 7
- Selladores, aplicación de flúor 8
- Otros 9
- N/C 0

P.51. El dentista al que acudió esta última vez, era

- Seguridad Social (SESCAM, Sanidad pública) .. 1
- Sociedad Médica 2
- Privado 3
- Otros 4
- N/C 9

(NO HAN IDO NUNCA AL DENTISTA. RESTO ⇒ P.53)

P.52. Aunque su hijo/a no haya ido nunca al dentista, ¿necesitaría ir?

- No 1
- Sí 2

¿Por qué no va?

- Le da miedo/Le impone 1
- Motivos económicos (es muy caro) 2
- Otros 3

A TODOS/AS

P.53. ¿Ha participado su hijo/a en algún programa de salud bucodental en los últimos doce meses?

- Sí 1
- No 2
- No procede 8
- N/C 9

P.54. ¿Se ha vacunado su hijo/a de la gripe en la última campaña?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.55. ¿Quién le indicó que se vacunara?

- El médico por la edad del niño/a 1
- El médico por la enfermedad del niño/a.. 2
- El médico, por otras razones 3
- Le ponen la vacuna en el centro escolar 4
- Solicitamos la vacuna porque preferimos que el niño/a esté vacunado 5
- Otros (especificar)
- N/C 9

(MENORES DE 6 AÑOS)

P.56. A continuación voy a leerle una serie de enfermedades ¿en cuáles de ellas cree vd. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?

	Sí	No	N/C
• Difteria	1	2	9
• Tétanos	1	2	9
• Tosferina.....	1	2	9
• Hepatitis B	1	2	9
• Sarampión.....	1	2	9
• Paperas.....	1	2	9
• Rubeola	1	2	9
• Polio	1	2	9
• Varicela	1	2	9
• Meningitis C	1	2	9

ESCOLARIZACIÓN (A TODOS/AS)

P.57 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre la actividad cotidiana de su hijo/a. ¿Puede decirme si acude su hijo/a a algún centro educativo y en qué curso está matriculado?

- Sin escolarizar 1
- Escuela infantil/guardería 2
- Primaria (1º/2º) 3
- Primaria (3º/4º) 4
- Primaria (5º/6º) 5
- E.S.O. (1º/2º) 6
- E.S.O. (3º/4º) 7
- No contesta 8

(ESCOLARIZADOS. RESTO ⇒ P.64)

P.58. ¿A qué tipo de centro acude su hijo/a?

- Público 1
- Privado concertado 2
- Privado no concertado 3
- N/C 9

P.59. En relación con los estudios ¿cómo diría que es el rendimiento de su hijo/a?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3
- Malo 4
- Muy malo 5
- N/S-N/C 9

(REALIZAR P.60 A ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA O SECUNDARIA. RESTO ⇒ P.61).

P.60. ¿Antes de empezar los estudios obligatorios (primaria), acudió su hijo/a a algún centro educativo (escuela infantil, guardería, etc.)?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.60a. ¿Qué tipo de centro era?

- Público 1
- Privado concertado 2
- Privado no concertado 3
- N/C 9

P.61. ¿A qué edad comenzó su hijo/a a acudir a un centro escolar?

- Con un año o menos de un año 1
- A los años.
- N/S-N/C 9

P.62. ¿Dígame si su hijo/a realiza alguna de las siguientes actividades extraescolares, organizadas en su centro educativo o fuera del mismo, y la frecuencia con que las realiza en número de días por semana?

	Días/semana	No	N/C
• Enseñanzas no regladas (inglés, informática, ..) o similares		8	9
• Actividades deportivas o que requieran actividad física		8	9
• Otro tipo de actividades que no implican actividad física (p.e.: ajedrez)		8	9

P.63. Habitualmente, ¿cómo acude su hijo/a a realizar esas actividades extraescolares?

- Acompañado por Vd. u otra persona encargada de llevarle y recogerle 1
- Solo/a 2
- No tiene que desplazarse 3
- N/S -N/C 9

Tiempo libre. A TODOS/AS)

P.64. ¿Cuánto tiempo libre (sin clases o actividades extraescolares) tiene su hijo diariamente, excluyendo el tiempo dedicado al estudio y las que duerme diariamente?

horas

- N/C 9

P.65. ¿Qué tipo de ejercicio hace su hijo/a en su tiempo libre? (leer)

- No hace ejercicio, su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, tv, ordenador, ..) 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional..... 2
- Actividad física regular, varias veces al mes 3
- Actividad física regular, varias veces al menos una vez por semana 4
- Actividad física diaria 5
- No procede, por su edad..... 8
- N/S -N/C 9

P.66. ¿Colabora en alguna tarea doméstica?

- Sí 1
- No 2
- No procede por su edad..... 8
- N/C 9

P.67. ¿Cuánto tiempo pasa su hijo/a solo en un día laborable? ¿Y en el fin de semana?

	Laborables	Fin de semana
• Horas		
• (Entrevistador/a: en caso de tiempos inferiores a 30 minutos, marcar 88)	88	88
• No contesta	99	99

(MAYORES DE 1 AÑO. RESTO ⇒ P.72)

P.69. ¿Suele su hijo/a ver la televisión todos a casi todos los días?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.69a. ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente?

- Menos de una hora 1
- De 1 hora a 2 horas 2
- De 2 a 3 horas 3
- Más de 3 horas 4
- N/S-N/C 9

P.70. ¿Suele su hijo/a dedicar tiempo a jugar con ordenador, consolas o videojuegos todos a casi todos los días?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P72
- N/C 9 ⇒ P72

P.71. ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente?

- Menos de una hora 1
- De 1 hora a 2 horas 2
- De 2 a 3 horas..... 3
- Más de 3 horas 4
- N/S-N/C 9

SEGURIDAD VIAL (A TODOS/AS)

P.72. Cuando va en automóvil, ¿va sujeto/a el/la niño/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad, como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Ns/Nc
Por ciudad	1	2	3	4	9
Por carretera	1	2	3	4	9

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (A TODOS/AS)

PARA FINALIZAR CON LA ENCUESTA, VAMOS A HACER UN BALANCE DE LAS CONSULTAS QUE SU HIJO/A HA TENIDO CON PROFESIONALES MÉDICOS Y DE LA SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

P.73. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿ha consultado POR SU HIJO/A a alguno de los siguientes profesionales debido a su estado de salud?. Por favor, indicar si consultó a médicos públicos o privados y cuántas veces aproximadamente a lo largo de año.

PROFESIONALES	NO	SÍ			N/C
		Médico Público	Médico Privado	Número de veces	
• Medicina general	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Pediatría	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Enfermería	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Alergología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Aparato digestivo	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cardiología.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía gen./digestiva	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía cardiovascular	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía plástica/reparadora	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía vascular	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Dermatología.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Endocrinólogo/nutrición	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Ginecología/Obstetricia	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Internista	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Nefrología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neumología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neurocirujía	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neurología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Oftalmología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Otorrinolaringología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Oncología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Psiquiatría.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Rehabilitación	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Reumatología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Traumatología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Urología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Fisioterapeuta					
• Psicólogo/a.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Trabajador social	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Otros (especificar)	1	2	3	<input type="text"/>	
.....					

P.74. ¿Durante los últimos 12 meses ha hecho Ud. alguna consulta por motivos de salud DE SU HIJO/A a un?

	SÍ	NO	Número de veces	N/C
• Homeópata	1	2	<input type="text"/>	9
• Osteópata	1	2	<input type="text"/>	9
• Naturista	1	2	<input type="text"/>	9
• Acupuntor	1	2	<input type="text"/>	9
• Curandero	1	2	<input type="text"/>	9
• Herbolario	1	2	<input type="text"/>	9
• Gabinete de estética	1	2	<input type="text"/>	9
• Otros (especificar)	1	-	<input type="text"/>	-
.....				

(ENTREVISTADOR/A:

➤ SI EN P.73 NO HAY CONSULTAS A MÉDICO GENERAL O PEDIATRA, PONER CÓDIGO 3 EN P.75 Y PASAR A P.78.

➤ DESPUÉS DEL BLOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA, SI EN P.73 NO HAY CONSULTAS A NINGÚN ESPECIALISTA (ALERGÓLOGÍA HASTA UROLOGÍA), PONER CÓDIGO 3 EN P.79 Y PASAR A P.86.

ATENCIÓN PRIMARIA

P.75. ¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de atención primaria (medicina general) o le han atendido en su domicilio por algún problema de salud, molestia o enfermedad de su HIJO/A?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis, ni cuando ha ido acompañando a otra persona

- En las últimas 2 semanas .. 1
- De 2 a 4 semanas 2
- Más de 4 semanas 3 ⇒ **Pasar P. 78**

P.75a. ¿Cuántas veces?.

			veces
--	--	--	-------

P.76. ¿Dónde tuvo lugar esa última consulta/visita a domicilio de las 4 últimas semanas?

- Centro de Salud/EAP 1
- Servicios de urgencias no hospitalario..... 2
- Servicios de urgencias hospitalaria..... 3
- Consulta médico particular 4
- Consulta médico de una sociedad..... 5
- Escuela, colegio, instituto 6
- Domicilio del menor 7
- Consulta telefónica 8
- Otro lugar 9
- No sabe / no contesta 10

P.77. ¿Cuál fue el motivo principal de esa última visita?

- Enfermedad o problema de salud 1
- Accidente o agresión 2
- Revisión por enfermedad..... 3
- Control de salud (programa de atención al niño sano) 4
- Vacunación 5
- Solo dispensación de recetas..... 6
- Otros motivos 7
- N/C 9

P.78. En las últimas 4 semanas ¿ha consultado el niño/a con alguno de los siguientes profesionales?

- Enfermería 1
- Fisioterapeuta 2
- Ninguno 3

ESPECIALISTAS

Vamos a hablar ahora de las consultas a especialistas, ya sea de las que Ud. realizó en ambulatorios o consultas externas de hospitales públicos o privados. Tenga en cuenta que hablamos de consultas y no de ingresos o urgencias

P.79. ¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de un médico especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad de su HIJO/A?. (no petición de cita, analítica o prueba o acompañando a otra persona).

- Menos de 4 semanas 1
- De 1 a 3 meses 2
- Más de 3 meses 3 ⇒ **Pasar P. 85**

P.79a. ¿Cuántas veces?

			veces
--	--	--	-------

P.80. ¿Dónde tuvo lugar esa última consulta/visita a domicilio de las 4 últimas semanas?

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de especialidades 2
- Consulta externa de un hospital 3
- Servicios de urgencias no hospitalario..... 4
- Servicios de urgencias hospitalaria..... 5
- Consulta médico particular..... 6
- Consulta médico de una sociedad 7
- Escuela, colegio, instituto..... 8
- Domicilio del menor 9
- Consulta telefónica 10
- Otro lugar 11
- No sabe / no contesta 99

P.91 Siguiendo con este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
- Estudio médico para diagnosticar 2
- Tratamiento sin intervención quirúrgica 3
- Otros motivos..... 4
- No contesta 9

P.92. ¿Estaba en lista de espera por ese motivo?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.93. ¿Cuánto tiempo (en meses) estuvo en lista de espera? (Entrevistador/a: si el tiempo que estuvo en lista de espera ha sido menos de 1 mes, anote 00)

		meses
--	--	-------

- No contesta/No recuerda 9999

P.94 En esta última ocasión, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias 1
- Ingreso ordinario (no por urgencias) 2
- No contesta 9

P.95. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) 1
- Mutuality obligatorias (MUFACE, ISFAS, etc.) 2
- Sociedad médica privada 3
- A su propio cargo 4
- A cargo de otras personas, organismos o
- Instituciones 5
- Otros 6
- No sabe 8
- No contesta 9

SERVICIOS DE URGENCIAS

P.96. En los últimos doce meses, ¿ha tenido el niño/a que utilizar algún servicio de urgencias de cualquier tipo (hospitalarias o no hospitalarias, urg. a domicilio, ambulancias, UVI móvil, ..) por algún problema o enfermedad?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.102**
- No contesta 9 ⇒ **P.102**

P.96a. En total, ¿cuántas veces ha tenido que utilizar el niño/a un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

		veces
--	--	-------

- No contesta 99

P.97. ¿Dónde fue atendido/a?

- 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
- Ns/Nc 9

P.98. La última vez que acudió a urgencias ¿cuánto tiempo pasó desde que el niño/a empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

		Horas			Minutos
--	--	-------	--	--	---------

- No recuerda98
- No contesta99

P.99. Y también esta última vez que acudió a urgencias ¿Cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que el/la niño/a fue atendido? (entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata anotar 00 en la opción minutos)

		Horas			Minutos
--	--	-------	--	--	---------

- No contesta 9999
- No recuerda 9998

P.100. Y también esta última vez que acudió a un servicio de urgencias de estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública 1
- Servicio urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública 2
- Centro no hospitalario público (centro de Salud) 3
- Servicio privado de urgencias 4
- Sanatorio, hospital o clínica privada 5
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento 6
- Otro tipo de servicio 7
- NC 9

P.101. ¿Por qué motivo fue el niño/a a un servicio de urgencias? (leer)

- Porque el médico/a se lo mandó 1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario 2
- NC 3

COBERTURA SANITARIA

P.102. ¿Podría decirnos qué tipo de cobertura sanitaria tiene SU HIJO/A? (múltiple)

- Sanidad Pública (Seguridad Social) 1
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado 2
- Mutualidades acogidas a Seguridad Social 3
- Seguro Privado individual 4
- Seguro Privado a través de su empresa 5
- No tiene ningún tipo de cobertura médica 6
- Otros (indicar cuál)

.....

DATOS DE CLASIFICACIÓN

Hemos terminado la entrevista. Tengo que pedirle unos datos acerca de su hijo/a y su hogar para poder analizar la encuesta posteriormente. Ya le he comentado que sus respuestas no serán tratadas nunca de forma individual, pero necesitamos conocer ciertas características a efectos de poder clasificar después a las personas que hemos entrevistado.

P.103. ¿Puede decirnos dónde nació su hijo/a?

- Castilla-La Mancha 1 Indicar provincia: _____
- Resto de España 2 Indicar provincia: _____

Año que llegó a Castilla-La Mancha:

- Extranjero 3 Indicar país: _____

Año que llegó a España: Año que llegó a Castilla-La Mancha:

Las preguntas siguientes se refieren exclusivamente al SUSTENTADOR PRINCIPAL DEL HOGAR. (Entrevistador: si ya existe una entrevista a adulto en el hogar no hacer estas preguntas y finalizar la entrevista)

P.104. ¿Cuál es la ocupación/profesión que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado en caso de que en la actualidad no trabaje? (Entrevistador/a: pedir que especifique al máximo tomando como referencia la C.N.O.-94)

.....

.....

P.105. ¿Cuál es o era su situación laboral o de empleo en esa ocupación?

- **Trabajadores por cuenta propia:**
 - Sin asalariados 1
 - Con asalariados:
 - Empresas de 10 o más asalariados 2
 - Empresas de menos de 10 asalariados 3
- **Trabajadores por cuenta ajena:**
 - Gerente de empresas con 10 o más asalariados 4
 - Gerente de empresas con menos de 10 asalariados 5
 - Capataz, supervisor o encargado 6
 - Otros 7
- **No contesta** 9

P.106. Los ingresos mensuales de su hogar por todos los conceptos (incluidas todas las aportaciones), ¿en qué tramo de los propuestos se encuadran?

- Menos de 370 € (Menos de 60.000 pts.) 1
- 371 – 670 € (61.000 a 100.000 pts.) 2
- 671 – 970 € (101.000 a 150.000 pts.) 3
- 971 – 1.200 € (151.000 a 200.000 pts.) 4
- 1.201 – 1.800 € (201.000 a 300.000 pts.) 5
- 1.801 – 2.400 € (301.000 a 400.000 pts.) 6
- 2.401 – 3.000 € (401.000 a 500.000 pts.) 7
- Más de 3.000 € (Más de 500.000 pts.) 8
- N/C 9

DATOS DE LA ENTREVISTA

FECHA DE REALIZACIÓN: Día: Mes:

DÍA DE LA SEMANA:

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

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: minutos

SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:

Mucha	1	Poca	3
Bastante	2	Ninguna	4

ENTREVISTADOR/A:

.....CÓDIGO

SUPERVISOR/A:.....

OBSERVACIONES:.....

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

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

DIRECCIÓN:.....

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO CONTACTO: