

# Encuesta de salud de Catalunya

## 1.<sup>er</sup> semestre de 2016

Oleada 12

### Cuestionario de menores

Población de 0 a 14 años

19/01/2016

Oleada	12	Semestre 1 - 2016			
Número de cuestionario					
Fecha de la entrevista					
Hora de inicio					
Tipo de cuestionario					

#### SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

*(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Cataluña)*



## A. Contexto familiar (I)

Las preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a..... (nombre de la persona seleccionada). Así pues, usted nos contestará en nombre de este niño/a, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

1. Anotar el sexo del niño/a, es decir de ..... [nombre]

- |   |                          |      |
|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Niño |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Niña |

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento completa (día, mes y año) del niño/a?

Día   Mes   Año

M2. ¿Es usted la persona que se ocupa principalmente del cuidado del niño/a? En caso afirmativo, ¿se ocupa mayoritariamente solo/a o cuenta con ayuda de otras personas?

- |   |                          |                                 |                                                                                     |
|---|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, mayoritariamente sol/a      | ► pasar a pregunta A (si la persona informadora no vive en el hogar) o 34 (si vive) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, con ayuda de otras personas | ► pasar a pregunta A (si la persona informadora no vive en el hogar) o 34 (si vive) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ocupa habitualmente       |                                                                                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. Especificar ▼      |                                                                                     |

*Sólo para las personas informadoras que NO se ocupan habitualmente del cuidado del niño/a*

M3. ¿Cuál es la persona que se ocupa principalmente del cuidado del niño/a?

- |   |                          |                    |    |                          |                                         |
|---|--------------------------|--------------------|----|--------------------------|-----------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Padre              | 6  | <input type="checkbox"/> | Hermana                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Madre              | 7  | <input type="checkbox"/> | Abuelo                                  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Pareja de la madre | 8  | <input type="checkbox"/> | Abuela                                  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pareja del padre   | 9  | <input type="checkbox"/> | Otra persona familiar. Especificar ▼    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hermano            | 10 | <input type="checkbox"/> | Otra persona no familiar. Especificar ▼ |

*Personas informadoras que NO viven en el hogar*

Ahora le haré unas preguntas a usted (preguntas referidas a la persona informadora)

A. Anotar el sexo de la persona informadora sin preguntarlo

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

B. ¿Qué edad tiene usted?

años

C. ¿Qué relación tiene usted con el niño/a? ¿Usted es..... de ..... [nombre]?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Madre/padre                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro familiar. Especificar ▼          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor o responsable no familiar       |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona de los servicios sociales |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada                |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra relación. Especificar ▼          |

## C. Cobertura sanitaria

Para todos los niños y niñas

34. ¿El niño/a tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de estas entidades? Leer. Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas. Las tres primeras categorías son excluyentes

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por la empresa del padre/madre (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? Leer  
Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.

1	<input type="checkbox"/>	No ha utilizado ninguno ▶ pasar a pregunta 37
2	<input type="checkbox"/>	Servicio Catalán de la Salud
3	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria
4	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
5	<input type="checkbox"/>	Médicos particulares

36. ¿Qué grado de satisfacción tiene con estos servicios sanitarios que el niño/a ha utilizado más frecuentemente durante los últimos 12 meses?

1	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho/a
2	<input type="checkbox"/>	Satisfecho/a
3	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho/a
4	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho/a

## D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

Para todos los niños y niñas

A continuación le haremos unas preguntas referidas al estado de salud y bienestar de ..... [nombre]

37. ¿Cómo diría usted que es la salud en general de ..... [nombre]? Leer

1	<input type="checkbox"/>	Excelente
2	<input type="checkbox"/>	Muy buena
3	<input type="checkbox"/>	Buena
4	<input type="checkbox"/>	Regular
5	<input type="checkbox"/>	Mala

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa ..... [nombre] sin ropa?

,  kilos

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide .....[nombre] sin zapatos?

,  centímetros (0,5)

108. Durante la semana pasada, ¿cuántas horas ha dormido diariamente ..... [nombre], como media?

----- horas

Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior...

37b. ¿Cómo diría usted que es la salud de ..... [nombre] en general? Leer

1	<input type="checkbox"/>	Muy buena
2	<input type="checkbox"/>	Buena
3	<input type="checkbox"/>	Regular
4	<input type="checkbox"/>	Mala
5	<input type="checkbox"/>	Muy mala

Si el niño/a tiene menos de 6 años ► pasar a pregunta 41

### Sólo para niños y niñas de 6 años y más

Ahora le haremos unas preguntas sobre cómo se ha encontrado ..... [nombre] durante la ÚLTIMA SEMANA

M28. ¿Con qué frecuencia, durante la última semana, diría usted que el niño/a ...

	1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
1. ... se ha sentido bien y en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... se ha sentido lleno/a de energía?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... se ha sentido triste?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... se ha sentido solo/a?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha tenido tiempo suficiente para él o ella?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha podido elegir qué hacer en su tiempo libre?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... sus padres le han tratado de forma justa?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... se ha divertido con sus amigos o amigas?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... le ha ido bien en la escuela?	1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... ha podido prestar atención?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas siguientes se refieren a las 4 ÚLTIMAS SEMANAS

M29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces ..... [nombre].....

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
1. ... ha hecho cosas peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... le ha dicho a alguien que le pegaría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha sido desobediente para salirse con la suya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha estado con niños o niñas que suelen meterse en líos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... se ha metido con otros niños o niñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... se ha metido en líos en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... se ha portado bien con su profesor o profesora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... se ha distraído mucho en clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Morbilidad y accidentes

### Morbilidad

*Para todos los niños y niñas*

41. Tiene..... [nombre] alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

M30. A continuación, ¿nos podría decir si ..... [nombre] padece o su médico/a le ha dicho que ha padecido alguno de estos trastornos de salud o enfermedades que ahora le leeré?

M30a-..... [nombre] Alguna vez ha padecido...? Entrevistador/a, lea todos los trastornos que se relacionan, uno a uno, y anote la respuesta que proceda.

- Sí ☐1
- No ☐6
- No sabe ☐8
- No contesta ☐9

Trastornos de salud:

1. Diabetes o azúcar en la sangre
2. Alergias crónicas
3. Asma
4. Estreñimiento crónico
5. Tumores malignos, leucemia, linfoma, etc.
6. Bronquitis de repetición
7. Otitis de repetición
8. Infecciones urinarias de repetición
9. Retraso de crecimiento
10. Epilepsia
11. Algún tipo de malformación congénita
12. Deficiencia visual
13. Deficiencia auditiva
14. Defecto del habla
15. Algún trastorno o retraso mental
16. Trastornos de conducta, hiperactividad, déficit de atención, etc.
17. Convulsiones febriles
18. Enuresis (se hace pipí en la cama)
21. Problemas crónicos de piel (desplegar la opción de la psoriasis solo si contesta afirmativamente a este ítem)
- 21.1. Psoriasis
19. Otro trastorno. Especificar ▼

*Sí M30a=1, pasar a las preguntas M30b y M30c, una a continuación de la otra*

M30b-..... [nombre] La ha padecido en los últimos 12 meses?

- Sí ☐1
- No ☐6
- No sabe ☐8
- No contesta ☐9

M30c- Le ha dicho un médico a..... [nombre] que la padece?

- Sí ☐1
- No ☐6
- No sabe ☐8
- No contesta ☐9

	M30a ¿Alguna vez ha padecido...?	M30b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	M30c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
1. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Alergias crónicas	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Estreñimiento crónico	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Tumores malignos, leucemia, linfoma, etc.	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Bronquitis de repetición	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Otitis de repetición	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

*Para los niños y niñas que han sido diagnosticados de psoriasis por un/a médico (M30c.21.1=1)*

PSOR1. Desde el momento que fue diagnosticado/a..... [nombre], ¿ha recibido en alguna ocasión un tratamiento sistémico (pastillas, tratamiento con luz o inyecciones)?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

## Accidentes

*Para todos los niños y niñas*

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que ha tenido ..... [nombre] que le hayan provocado alguna RESTRICCIÓN en sus actividades habituales y/o que hayan requerido ASISTENCIA SANITARIA.

43. ¿Durante los últimos 12 meses ..... [nombre] ha tenido algún accidente como.....? Leer

	1. Sí	2. No
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otro. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si no ha tenido ningún accidente*

► pasar a pregunta M53

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? Si ha tenido más de uno, hay que referirse al último

- |   |                          |                                                                           |
|---|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Dentro de casa                                                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En la empresa o puesto de trabajo                                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En un desplazamiento durante la jornada laboral                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En la escuela o centro de formación                                       |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | En un centro deportivo                                                    |
| 8 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio de esparcimiento                                            |
| 9 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. Especificar ▼                                              |

M53. Durante el último MES, ¿el niño/a ha ido en coche por ciudad/pueblo?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► Pasar a la pregunta M55.

M54. Durante el último MES, cuando el niño/a ha ido en coche por ciudad, ¿qué elemento de sujeción ha utilizado y con qué frecuencia? Leer los elementos y escoger el que corresponda. Mostrar las imágenes.

	1. Siempre	2. La mayoría de veces	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca
1. <input type="checkbox"/> Sillita de seguridad o portabebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Cojín elevador con o sin respaldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M55. Durante el último MES, ¿el niño/a ha ido en coche por carretera o autopista?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► Pasar a la pregunta M57.

M56. Durante el último MES, cuando el niño/a ha ido en coche por carretera o autopista, ¿qué elemento de sujeción ha utilizado y con qué frecuencia? Leer los elementos y escoger el que corresponda. Mostrar las imágenes.

	1. Siempre	2. La mayoría de veces	3. Algunas veces	4. Raramente	5. Nunca
1. <input type="checkbox"/> Sillita de seguridad o portabebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Cojín elevador con o sin respaldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M57. Durante el último MES, ¿con qué frecuencia el niño/a ha ido en bicicleta? Leer. (No hay filtro de edad, tanto los que van en bicicleta solos como los que van de acompañante)

- |   |                          |                                             |
|---|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cada día, o casi cada día                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De 3 a 5 días por semana                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1 o 2 días por semana                       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Al menos una vez, pero no todas las semanas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca                                       |

Pasar a la pregunta 46a

M58. Durante el último MES, cuando ha ido en bicicleta, ¿con qué frecuencia ha utilizado casco? Leer

- |   |                          |                     |
|---|--------------------------|---------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Siempre             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | La mayoría de veces |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Raramente           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca               |

## F. Consumo de medicamentos

Para todos los niños y niñas

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado ..... [nombre] durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)?  
Leer

En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí Por iniciativa de los padres o tutores
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el niño/a tiene menos de 4 años

► pasar a la pregunta 48



## G. Salud mental

*Sólo para niños y niñas de 4 años y más*

A continuación le haremos unas preguntas sobre el comportamiento de ..... [nombre] durante los ÚLTIMOS 6 MESES

M31. Responda si es cierto o no que, durante los últimos 6 meses, el niño/a ...

	1 No es cierto	2 Es más o menos cierto	3 Es absolutamente cierto
1. Respeta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Está inquieto/a, hiperactivo/a, no puede estar quieto/a durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte en seguida con otros niños/as (caramelos, juguetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene a menudo ataques de nervios o es irascible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Generalmente es obediente, suele hacer lo que los adultos le piden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece preocupado/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ayuda cuando alguien se hace daño o se encuentra mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Esta moviéndose continuamente, da tumbos sin parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene como mínimo un buen amigo o amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se pelea con frecuencia con otros niños/as o los amenaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A menudo es infeliz, está triste o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En general es querido/a por los otros niños y niñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se distrae con facilidad, no se concentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se pone nervioso/a en situaciones nuevas, pierde fácilmente la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es amable con niños más pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es amenazado/a o molestado/a por otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo se ofrece para ayudar (a los padres, a los profesores, a otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa antes de actuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Roba cosas de casa, de la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Se comporta mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Acaba lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Limitaciones y discapacidades

Para todos los niños y niñas

48. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida ..... [nombre] se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños de su edad hacen habitualmente?

- |   |                          |                                        |
|---|--------------------------|----------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, gravemente limitado/a              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitado/a pero no gravemente      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace 10 años o más             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre                        |

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si ..... [nombre] tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas (en relación con lo que hacen los niños de su edad). Se exceptúan los casos de los recién nacidos y de los niños/as que, por su edad, no pueden realizar algunas de las actividades propuestas como leer o escribir, entender signos gráficos, salir, comer o lavarse solos, etc.

	1. Sí	2. No	0. NP
1. ¿..... [nombre] tiene alguna limitación grave en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿..... [nombre] tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿..... [nombre] tiene alguna limitación grave para hablar, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿..... [nombre] tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión- o para hacer y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por problemas físicos de movilidad, ¿..... [nombre] tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿..... [nombre] tiene problemas para caminar, de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿..... [nombre] tiene otras limitaciones importantes de movimiento, como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿..... [nombre] tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿..... [nombre] tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿..... [nombre] tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52b. ¿El niño/a lleva .....?

	1. Sí	2. No
1. Gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aparato corrector de la audición o audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J. Estilos de vida: alimentación, actividad física y movilidad

### Alimentación

*Para todos los niños y niñas*

M32. ¿Qué edad tenía ..... [nombre] cuando recibió por última vez leche materna?

meses   días

888. Todavía recibe leche materna

Si no ha recibido nunca ► anotar 0

67. Cuántas raciones de fruta y/o verdura come diariamente..... [nombre]?

raciones diarias

888. Aún no toma fruta o verdura

*Sólo para niños y niñas de 3 años y más*

68. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha hecho el niño/a las siguientes comidas?

	1. Cada día	2. De 4 a 6 veces	3. De 1 a 3 veces	4. Nunca
1. Desayuno antes de salir de casa o cuando se levanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Almuerzo a media mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M33. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha tomado el niño/a.....?

	1. Más de una vez al día	2. Cada día	3. De 4 a 6 veces	4. De 1 a 3 veces	5. Nunca
1. ... comida rápida, como pollo frito, pizzas, hamburguesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... bebidas con azúcar, como refrescos azucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... productos con azúcar, como pastas, bollería industrial, caramelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... snacks o comidas saladas, como patatas fritas, galletas saladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Sólo para niños y niñas de 5 años y más*

M34. Habitualmente, ¿con qué frecuencia ..... [nombre] se cepilla los dientes?

- |   |                          |                                                                    |
|---|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez al día, después de cada comida (3 o 4 veces al día) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez al día, pero no después de cada comida              |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, por la mañana                                      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, al mediodía                                        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, por la noche                                       |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez a la semana, pero no todos los días                 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente                                                     |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Nunca                                                              |

## Actividad física

*Sólo para niños y niñas de 6 años y más*

M35. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántos días el niño/a .....

	1. Ningún día	2. Muy pocos días	3. Algunos días	4. Casi cada día	5. Todos los días
1. ... ha participado en juegos de esfuerzo físico o deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ha hecho deporte o ejercicio hasta quedarse sin aliento o sudar mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha corrido mucho mientras jugaba o hacía deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha tenido dificultad para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha tenido dificultad para subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha tenido dificultad para correr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Sólo para niños y niñas de 5 años y más*

120. ¿Con qué frecuencia [el niño/a] realiza alguna actividad física que hace que llegue a sudar o que le falte el aliento?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cada día                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 veces por semana        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2 o 3 veces por semana           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez por semana               |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 2 veces al mes                   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una vez al mes                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez al mes          |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Nunca ----► Pasar a pregunta 122 |

121. ¿Cuántas horas a la semana [el niño/a] realiza alguna actividad física que hace que llegue a sudar o que le falte el aliento?

- |   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ninguna           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de una hora |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una hora          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 2 a 3 horas    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 horas    |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 7 horas o más     |

## Movilidad

*Sólo para niños y niñas de 3 años y más*

122. ¿Cómo acostumbra a ir a la escuela / el instituto? Leer y escoger una

- |   |                          |                                          |
|---|--------------------------|------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En coche o moto                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En transporte público (bus, metro, etc.) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A pie                                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En bicicleta                             |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No va a la escuela / el instituto        |

Las preguntas siguientes hacen referencia SÓLO a los desplazamientos para ir de un lado a otro; por ejemplo, para ir a la escuela, a hacer actividades extraescolares, al cine, al centro cívico, al polideportivo, etc.

MOB2\_a. En una semana cualquiera, ¿cuántos días camina al menos durante 10 minutos seguidos para desplazarse de un lado a otro?

días / semana Si no lo hace ningún día (respuesta=0)► Pasar a la pregunta MOB2b

MOB3\_a. En un día cualquiera, ¿cuánto tiempo camina para desplazarse de un lado a otro?

minutos / día

MOB2\_b. En una semana cualquiera, ¿cuántos días va en bicicleta al menos durante 10 minutos seguidos para desplazarse de un lado a otro?

días / semana Si no lo hace ningún día (respuesta=0)► Pasar a la pregunta 84 o a la pregunta M36 si tiene 3 años y más

MOB3\_b. En un día cualquiera, ¿cuánto tiempo va en bicicleta para desplazarse de un lado a otro?

minutos / día

## Actividades de ocio

*Sólo para niños y niñas de 3 años y más*

M36. Durante la semana pasada, ¿cuántos días hizo el niño/a alguna de las siguientes actividades de ocio?

M37. En caso afirmativo, ¿durante cuántos minutos en total cada día?

	Días	Minutos/día		
1. Actividades extra-escolares deportivas (danza, atletismo, básquet, fútbol, etc.)				
2. Actividades extra-escolares no deportivas (música, teatro, cine, idiomas, etc.)				
3. Ver la tele				
4. Jugar con videojuegos, ordenador o Internet				
5. Jugar en el parque o en la calle				
6. Otra actividad de ocio. <i>Especificar ▼</i>				

## K. Estilos de vida: exposición al humo de tabaco

*Para todos los niños y niñas*

84. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de casa de ..... [nombre]?

--	--

personas

85. Fuera de casa, ¿cuánto tiempo al día, de promedio, pasa ..... [nombre] en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días laborables?

86. ¿Y durante los fines de semana?

	1. Ninguno	2. Menos de 1 hora	3. De 1 a 4 horas	4. Más de 4 horas
1. Días laborables, de lunes a jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fin de semana, (viernes, sábado y domingo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EFT. ¿Fuma alguna persona en el interior del coche que utiliza la familia de ..... [nombre]? Leer y anotar solo una de las opciones.

- ☐ 1. No, nadie puede fumar dentro del coche de uso familiar.
- ☐ 2. Sí, se puede fumar en el interior del coche de uso familiar.
- ☐ 3. La familia no dispone de coche.

## L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

Para todos los niños y niñas

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios que ha tenido ..... [nombre], como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital

87. En los últimos 12 meses, ..... [nombre] ha sido visitado por alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad ( <i>alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias ( <i>homeópata, naturista, acupuntor/a...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 días, ¿han visitado a un profesional sanitario o sociosanitario a causa de la salud de ... [nombre]?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No |

89. Durante los últimos 15 días, ¿han hecho alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de la salud de ... [nombre]?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No |

NC1. Durante los últimos 15 días, ¿..... [nombre] ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?

- |   |                          |                                          |
|---|--------------------------|------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----► <i>Pasar a la pregunta 118</i> |

NC2. ¿Por qué motivo ..... [nombre] no solicitó atención sanitaria?

- |    |                          |                                                                                            |
|----|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Pérdida de horas de trabajo de los padres                                                  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Miedo de los padres a perder el trabajo                                                    |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Incapacidad física para desplazarse                                                        |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Problemas de transporte                                                                    |
| 5  | <input type="checkbox"/> | No resuelven su problema de salud                                                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | No tener nadie que lo acompañe (por tener que cuidar de otro hijo o de un enfermo en casa) |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Le han dado hora de visita para más adelante                                               |
| 8  | <input type="checkbox"/> | No era suficientemente grave                                                               |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Lo resolvió en la farmacia                                                                 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Tiene otros remedios curativos                                                             |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Problemas económicos                                                                       |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Otro motivo. <i>Especificar</i> ▼                                                          |

## M. Atención especializada (interconsulta con la AP)

*Para todos los niños y niñas que hayan visitado al médico/a de cabecera o pediatra en el último año*

118. ¿En alguna de las visitas que..... [nombre] ha hecho en los últimos 12 meses, este médico/a de cabecera o pediatra ha consultado otro médico/a especialista?

- |    |                          |           |                           |
|----|--------------------------|-----------|---------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Sí        |                           |
| 2  | <input type="checkbox"/> | No .....  | ► Pasar a la pregunta 104 |
| 99 | <input type="checkbox"/> | No lo sé. | ► Pasar a la pregunta 104 |

119. ¿Cuál ha sido el resultado de esta consulta entre el médico/a de cabecera o pediatra de..... [nombre] y el médico/a especialista? (en caso que haya habido más de una, se refiere a la última)

- |   |                          |                                                                                                                                                             |
|---|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera o pediatra de ..... [nombre] le ha atendido con el consejo del otro médico/a especialista.                                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera o pediatra de ..... [nombre] le ha hecho hacer exploraciones complementarias y después lo ha derivado a otro médico/a especialista. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera o pediatra de ..... [nombre] lo ha derivado a otro médico/a especialista.                                                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otros <sup>1</sup> (Especificar: no lo sabe, todavía no se ha resuelto, etc.). ▼                                                                            |

1 No lo sabe, todavía no se ha resuelto, etc.

## O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

*Para todos los niños y niñas*

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces..... [NOMBRE] ha sido visitado/a o ha consultado a un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses realizada por ..... [NOMBRE]

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- |   |                          |                                                                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público                                                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado                                                          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. Especificar ▼                                                    |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a ..... [NOMBRE] en un hospital como mínimo una noche? Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias

veces

## B. Contexto familiar (II) y datos sociodemográficos

Para todos los niños y niñas

Les preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a..... (NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA). Así pues, usted nos contestará en NOMBRE de este niño/a, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

3. ¿Cuántas personas viven con ..... [NOMBRE] en esta casa de manera habitual? *Incluyendo a la persona seleccionada y, si vive en el hogar, la persona informadora*

personas

Las preguntas siguientes se han de formular a cada miembro del hogar donde vive ..... [NOMBRE]. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar? ► señalar en la tabla

- |                                    |              |                         |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a  | 9. Suegro/a             |
| 2. Hijo o hija                     | 6. Nieto/a   | 10. Yerno o nuera       |
| 3. Esposo/a o pareja               | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares    |
| 4. Padre o madre                   | 8. Cuñado/a  | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer? ► señalar en la tabla

1. Hombre  
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas? ► señalar en la tabla

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí ► señalar en la tabla de qué miembro/s del hogar se trata  
2. No

Miembros del hogar	Persona entrevistada	Progenitor 1	Progenitor 2	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a
Miembro 1	<input type="checkbox"/>			1			<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

Para todos los niños y niñas

15. ¿Qué nacionalidad tiene ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 |

Especificar país nacionalidad extranjera

16. ¿Dónde nació [NOMBRE]?

- |   |                          |                                                |                          |                            |
|---|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el mismo municipio de residencia            | ► pasar a la pregunta M4 |                            |
| 1 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña                  | ► pasar a la pregunta M4 | Especificar el municipio ▼ |
| 1 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de España, fuera de Cataluña | ► pasar a la pregunta M4 | Especificar la provincia ▼ |
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero                               |                          | Especificar el país ▼      |



**Sólo para los niños/as que han nacido fuera de España**

17. ¿En qué año llegó ..... [NOMBRE] a España?

Año de llegada    **Para todos los niños y niñas**

M4. ¿..... [NOMBRE] está escolarizado/a o va a la guardería?

- |   |                          |                                      |                          |
|---|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Va a la guardería                    | ► pasar a la pregunta M6 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está escolarizado/a                  |                          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No va a la guardería ni a la escuela | ► pasar a la pregunta M6 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. Especificar ▼           |                          |

M5. ¿Qué curso hace ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |                                             |
|---|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Educación infantil (P3, P4 o P5)            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Educación primaria ciclo inicial (1º o 2º)  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Educación primaria ciclo medio (3º o 4º)    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Educación primaria ciclo superior (5º o 6º) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Educación secundaria obligatoria (ESO)      |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Educación especial                          |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otro curso. Especificar ▼                   |

A continuación le haremos unas preguntas referidas a la madre y al padre de ..... [NOMBRE] (aunque no vivan en el mismo hogar) sean biológicos o legales (en caso de adopciones).

**Madre (progenitor1)**

M6. ¿Dónde nació la madre del niño/a?

- |   |                          |                                     |                               |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En Cataluña                         | ► pasar a la pregunta M8 o M9 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En el resto de España               | ► pasar a la pregunta M8 o M9 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fuera de España. Especificar país ▼ |                               |

**Padre (progenitor 2)**

M17. ¿Dónde nació el padre del niño/a?

- |   |                          |                                     |                                 |
|---|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En Cataluña                         | ► pasar a la pregunta M19 o M20 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En el resto de España               | ► pasar a la pregunta M19 o M20 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fuera de España. Especificar país ▼ |                                 |

**Sólo si la madre y/o el padre han nacido fuera de España**

M7. ¿En qué año llegó la madre a España?

Año de llegada    

8888. No ha venido a España

M18. ¿En qué año llegó el padre a España?

Año de llegada    

8888. No ha venido España

M6b. ¿Qué nacionalidad tiene la madre del niño/a?

- |   |                          |                            |                                                          |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |                                                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |

M17b. ¿Qué nacionalidad tiene el padre del niño/a?

- |   |                          |                            |                                                          |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |                                                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |

Sólo si la madre y/o el padre no viven en el hogar de manera habitual																																																																			
Madre (progenitor1)	Padre (progenitor 2)																																																																		
<b>M8. Antes nos ha dicho que la madre no vive en el hogar de ..... [NOMBRE]. ¿Dónde vive de manera habitual?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En este mismo municipio</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En otro municipio de Cataluña</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En otro municipio del resto de España</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En el extranjero <i>Especificar ▼</i></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ha fallecido <i>o pasar a la pregunta M17</i></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra situación <i>Especificar ▼</i></td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	En este mismo municipio	2	<input type="checkbox"/>	En otro municipio de Cataluña	3	<input type="checkbox"/>	En otro municipio del resto de España	4	<input type="checkbox"/>	En el extranjero <i>Especificar ▼</i>	5	<input type="checkbox"/>	Ha fallecido <i>o pasar a la pregunta M17</i>	6	<input type="checkbox"/>	Otra situación <i>Especificar ▼</i>	<b>M19. Antes nos ha dicho que la madre no vive en el hogar de ..... [NOMBRE]. ¿Dónde vive de manera habitual?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En este mismo municipio</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En otro municipio de Cataluña</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En otro municipio del resto de España</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>En el extranjero <i>Especificar ▼</i></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ha fallecido <i>► pasar a la pregunta 27 o 116</i></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra situación <i>Especificar ▼</i></td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	En este mismo municipio	2	<input type="checkbox"/>	En otro municipio de Cataluña	3	<input type="checkbox"/>	En otro municipio del resto de España	4	<input type="checkbox"/>	En el extranjero <i>Especificar ▼</i>	5	<input type="checkbox"/>	Ha fallecido <i>► pasar a la pregunta 27 o 116</i>	6	<input type="checkbox"/>	Otra situación <i>Especificar ▼</i>																														
1	<input type="checkbox"/>	En este mismo municipio																																																																	
2	<input type="checkbox"/>	En otro municipio de Cataluña																																																																	
3	<input type="checkbox"/>	En otro municipio del resto de España																																																																	
4	<input type="checkbox"/>	En el extranjero <i>Especificar ▼</i>																																																																	
5	<input type="checkbox"/>	Ha fallecido <i>o pasar a la pregunta M17</i>																																																																	
6	<input type="checkbox"/>	Otra situación <i>Especificar ▼</i>																																																																	
1	<input type="checkbox"/>	En este mismo municipio																																																																	
2	<input type="checkbox"/>	En otro municipio de Cataluña																																																																	
3	<input type="checkbox"/>	En otro municipio del resto de España																																																																	
4	<input type="checkbox"/>	En el extranjero <i>Especificar ▼</i>																																																																	
5	<input type="checkbox"/>	Ha fallecido <i>► pasar a la pregunta 27 o 116</i>																																																																	
6	<input type="checkbox"/>	Otra situación <i>Especificar ▼</i>																																																																	
<i>Si la madre ha fallecido ► pasar a la pregunta M17</i>	<i>Si el padre ha fallecido ► pasar a la pregunta 27 o 116</i>																																																																		
Sólo si la madre y/o el padre están vivos, aunque vivan fuera del hogar de manera habitual																																																																			
<b>M9. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la madre del niño/a?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No sabe leer ni escribir</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente</td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i></td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	No sabe leer ni escribir	2	<input type="checkbox"/>	Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria	3	<input type="checkbox"/>	Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta	4	<input type="checkbox"/>	Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio	5	<input type="checkbox"/>	Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años	6	<input type="checkbox"/>	FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio	7	<input type="checkbox"/>	FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios	8	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)	9	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados	10	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente	11	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i>	<b>M20. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados del padre del niño/a?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No sabe leer ni escribir</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior estudios de artes aplicadas y oficios</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente</td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i></td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	No sabe leer ni escribir	2	<input type="checkbox"/>	Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria	3	<input type="checkbox"/>	Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta	4	<input type="checkbox"/>	Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio	5	<input type="checkbox"/>	Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años	6	<input type="checkbox"/>	FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio	7	<input type="checkbox"/>	FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior estudios de artes aplicadas y oficios	8	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)	9	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados	10	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente	11	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i>
1	<input type="checkbox"/>	No sabe leer ni escribir																																																																	
2	<input type="checkbox"/>	Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria																																																																	
3	<input type="checkbox"/>	Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta																																																																	
4	<input type="checkbox"/>	Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio																																																																	
5	<input type="checkbox"/>	Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años																																																																	
6	<input type="checkbox"/>	FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio																																																																	
7	<input type="checkbox"/>	FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios																																																																	
8	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)																																																																	
9	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados																																																																	
10	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente																																																																	
11	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i>																																																																	
1	<input type="checkbox"/>	No sabe leer ni escribir																																																																	
2	<input type="checkbox"/>	Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria																																																																	
3	<input type="checkbox"/>	Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta																																																																	
4	<input type="checkbox"/>	Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio																																																																	
5	<input type="checkbox"/>	Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años																																																																	
6	<input type="checkbox"/>	FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio																																																																	
7	<input type="checkbox"/>	FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior estudios de artes aplicadas y oficios																																																																	
8	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)																																																																	
9	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados																																																																	
10	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente																																																																	
11	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar ▼</i>																																																																	

Madre (progenitor1)		Padre (progenitor 2)	
<b>M10. ¿Cuál es la situación laboral principal actual de la madre?</b>		<b>M21. ¿Cuál es la situación laboral principal actual del padre?</b>	
1	<input type="checkbox"/> Trabaja	1	<input type="checkbox"/> Trabaja
2	<input type="checkbox"/> Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses	2	<input type="checkbox"/> Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses
3	<input type="checkbox"/> Parada con subsidio/prestación ▶ <i>preg. M11</i>	3	<input type="checkbox"/> Parado con subsidio/prestación ▶ <i>preg. M22</i>
4	<input type="checkbox"/> Parada sin subsidio/prestación ▶ <i>preg. M11</i>	4	<input type="checkbox"/> Parado sin subsidio/prestación ▶ <i>preg. M22</i>
5	<input type="checkbox"/> Tareas del hogar (ama de casa) ▶ <i>preg. M12</i>	5	<input type="checkbox"/> Tareas del hogar (ama de casa) ▶ <i>preg. M23</i>
6	<input type="checkbox"/> Estudiante ▶ <i>preg. M12</i>	6	<input type="checkbox"/> Estudiante ▶ <i>preg. M23</i>
7	<input type="checkbox"/> Incapacitada o con invalidez permanente ▶ <i>preg. M12</i>	7	<input type="checkbox"/> Incapacitado o con invalidez permanente ▶ <i>preg. M23</i>
8	<input type="checkbox"/> Jubilada por edad ▶ <i>preg. M13</i>	8	<input type="checkbox"/> Jubilado por edad ▶ <i>preg. M24</i>
9	<input type="checkbox"/> Jubilada de forma anticipada ▶ <i>preg. M13</i>	9	<input type="checkbox"/> Jubilado de forma anticipada ▶ <i>preg. M24</i>
10	<input type="checkbox"/> Otra situación. <i>Especificar</i> ▼ ▶ <i>preg. M12</i>	10	<input type="checkbox"/> Otra situación. <i>Especificar</i> ▼ ▶ <i>preg. M23</i>
<b>Sólo si la madre y/o el padre trabajan actualmente (preguntas M10 y M21 respuestas 1 y 2)</b>			
<b>M40. ¿Qué probabilidad tiene la madre de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER</b>		<b>M46. ¿Qué probabilidad tiene el padre de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER</b>	
1	<input type="checkbox"/> Muy probable	1	<input type="checkbox"/> Muy probable
2	<input type="checkbox"/> Probable	2	<input type="checkbox"/> Probable
3	<input type="checkbox"/> Improbable	3	<input type="checkbox"/> Improbable
4	<input type="checkbox"/> Muy improbable	4	<input type="checkbox"/> Muy improbable
<b>Sólo si la madre y/o padre están en situación de paro (preguntas M10 y M21 respuestas 3 y 4)</b>			
<b>M11. ¿Cuánto tiempo lleva la madre en el paro ininterrumpidamente?</b>		<b>M22. ¿Cuánto tiempo lleva el padre en el paro ininterrumpidamente?</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses ▶ Si la madre en situación de paro tiene prestación económica (preg. M10, respuesta 3), pasar a la pregunta M41		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses ▶ Si el padre en situación de paro tiene prestación económica (preg. M21, respuesta 3), pasar a la pregunta M47	
<b>Sólo si la madre y/o el padre están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, son estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (preguntas M10 y M21 respuestas 4,5,6,7 y 10)</b>			
<b>M12. Aunque en la actualidad la madre no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes?</b>		<b>M23. Aunque en la actualidad el padre no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes?</b>	
1	<input type="checkbox"/> Sí	1	<input type="checkbox"/> Sí
2	<input type="checkbox"/> No ▶ pasar a la pregunta M17	2	<input type="checkbox"/> No ▶ pasar a la pregunta 27 o 116
<b>Sólo si la madre y/o el padre están en paro, realizan labores del hogar, son estudiantes o personas con incapacidad o invalidez permanente (preguntas M10 i M21 respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)</b>			
<b>M41. ¿Por qué motivo la madre dejó o perdió su trabajo?</b>		<b>M47. ¿Por qué motivo el padre dejó o perdió su trabajo?</b>	
1	<input type="checkbox"/> Por motivos de salud	1	<input type="checkbox"/> Por motivos de salud
2	<input type="checkbox"/> Por motivos familiares	2	<input type="checkbox"/> Por motivos familiares
3	<input type="checkbox"/> Por finalización del contrato	3	<input type="checkbox"/> Por finalización del contrato
4	<input type="checkbox"/> Por cambios organizativos o económicos de la empresa	4	<input type="checkbox"/> Por cambios organizativos o económicos de la empresa
5	<input type="checkbox"/> Por despido	5	<input type="checkbox"/> Por despido
6	<input type="checkbox"/> Por otro motivo. <i>Especificar</i> ▼	6	<input type="checkbox"/> Por otro motivo. <i>Especificar</i> ▼

Sólo si la madre y/o el padre trabajan o han trabajado con anterioridad																																																																															
Madre (progenitor1)	Padre (progenitor 2)																																																																														
<b>M13. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) la madre?</b> <input type="text"/>	<b>M24. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) el padre?</b> <input type="text"/>																																																																														
<b>M14. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) la madre?</b> <input type="text"/>	<b>M25. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) el padre?</b> <input type="text"/>																																																																														
<b>M15. ¿En qué situación se encuentra la madre en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? LEER</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Funcionaria</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Asalariada con contrato indefinido</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de menos de 6 meses</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 2 años y más</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trabajadora de empresa de trabajo temporal (ETT)</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trabaja sin contrato</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Autónoma o profesional sin asalariados/as</td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Empresaria con menos de 10 trabajadores/as</td></tr> <tr><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Empresaria con 10 o más trabajadores/as</td></tr> <tr><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼</td></tr> </table> <input type="text"/>	1	<input type="checkbox"/>	Funcionaria	2	<input type="checkbox"/>	Asalariada con contrato indefinido	3	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de menos de 6 meses	4	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año	5	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años	6	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 2 años y más	7	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)	8	<input type="checkbox"/>	Trabajadora de empresa de trabajo temporal (ETT)	9	<input type="checkbox"/>	Trabaja sin contrato	10	<input type="checkbox"/>	Autónoma o profesional sin asalariados/as	11	<input type="checkbox"/>	Empresaria con menos de 10 trabajadores/as	12	<input type="checkbox"/>	Empresaria con 10 o más trabajadores/as	13	<input type="checkbox"/>	Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼	<b>M26. ¿En qué situación se encuentra el padre en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? LEER</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Funcionario</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Asalariado con contrato indefinido</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de menos de 6 meses</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de 2 años y más</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trabajador de empresa de trabajo temporal (ETT)</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trabaja sin contrato</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Autónomo o profesional sin asalariados/as</td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Empresario con menos de 10 trabajadores/as</td></tr> <tr><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Empresario con 10 o más trabajadores/as</td></tr> <tr><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼</td></tr> </table> <input type="text"/>	1	<input type="checkbox"/>	Funcionario	2	<input type="checkbox"/>	Asalariado con contrato indefinido	3	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de menos de 6 meses	4	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año	5	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años	6	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 2 años y más	7	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)	8	<input type="checkbox"/>	Trabajador de empresa de trabajo temporal (ETT)	9	<input type="checkbox"/>	Trabaja sin contrato	10	<input type="checkbox"/>	Autónomo o profesional sin asalariados/as	11	<input type="checkbox"/>	Empresario con menos de 10 trabajadores/as	12	<input type="checkbox"/>	Empresario con 10 o más trabajadores/as	13	<input type="checkbox"/>	Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼
1	<input type="checkbox"/>	Funcionaria																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Asalariada con contrato indefinido																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de menos de 6 meses																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años																																																																													
6	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 2 años y más																																																																													
7	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)																																																																													
8	<input type="checkbox"/>	Trabajadora de empresa de trabajo temporal (ETT)																																																																													
9	<input type="checkbox"/>	Trabaja sin contrato																																																																													
10	<input type="checkbox"/>	Autónoma o profesional sin asalariados/as																																																																													
11	<input type="checkbox"/>	Empresaria con menos de 10 trabajadores/as																																																																													
12	<input type="checkbox"/>	Empresaria con 10 o más trabajadores/as																																																																													
13	<input type="checkbox"/>	Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼																																																																													
1	<input type="checkbox"/>	Funcionario																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Asalariado con contrato indefinido																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de menos de 6 meses																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años																																																																													
6	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de 2 años y más																																																																													
7	<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)																																																																													
8	<input type="checkbox"/>	Trabajador de empresa de trabajo temporal (ETT)																																																																													
9	<input type="checkbox"/>	Trabaja sin contrato																																																																													
10	<input type="checkbox"/>	Autónomo o profesional sin asalariados/as																																																																													
11	<input type="checkbox"/>	Empresario con menos de 10 trabajadores/as																																																																													
12	<input type="checkbox"/>	Empresario con 10 o más trabajadores/as																																																																													
13	<input type="checkbox"/>	Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼																																																																													
<b>M16. La madre ¿tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 1 a 4 personas</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 5 a 10 personas</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 11 a 20 personas</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, más de 20 personas</td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 4 personas	3	<input type="checkbox"/>	Sí, de 5 a 10 personas	4	<input type="checkbox"/>	Sí, de 11 a 20 personas	5	<input type="checkbox"/>	Sí, más de 20 personas	<b>M27. El padre ¿tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 1 a 4 personas</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 5 a 10 personas</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, de 11 a 20 personas</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sí, más de 20 personas</td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 4 personas	3	<input type="checkbox"/>	Sí, de 5 a 10 personas	4	<input type="checkbox"/>	Sí, de 11 a 20 personas	5	<input type="checkbox"/>	Sí, más de 20 personas																																																
1	<input type="checkbox"/>	No																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 4 personas																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Sí, de 5 a 10 personas																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Sí, de 11 a 20 personas																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Sí, más de 20 personas																																																																													
1	<input type="checkbox"/>	No																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 4 personas																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Sí, de 5 a 10 personas																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Sí, de 11 a 20 personas																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Sí, más de 20 personas																																																																													
Sólo si la madre y/o padre trabajan actualmente (preguntas M10 y M21 respuestas 1 y 2)																																																																															
<b>M42. ¿Qué tipo de jornada tiene la madre en su trabajo?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada partida</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la noche</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Turnos</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada irregular o variable según los días</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra posibilidad. <i>Especificarla</i></td></tr> </table> <input type="text"/>	1	<input type="checkbox"/>	Jornada partida	2	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)	3	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)	4	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la noche	5	<input type="checkbox"/>	Turnos	6	<input type="checkbox"/>	Jornada irregular o variable según los días	7	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>	<b>M48. ¿Qué tipo de jornada tiene el padre en su trabajo?</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada partida</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada continua, por la noche</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Turnos</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jornada irregular o variable según los días</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra posibilidad. <i>Especificarla</i></td></tr> </table> <input type="text"/>	1	<input type="checkbox"/>	Jornada partida	2	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)	3	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)	4	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la noche	5	<input type="checkbox"/>	Turnos	6	<input type="checkbox"/>	Jornada irregular o variable según los días	7	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>																																				
1	<input type="checkbox"/>	Jornada partida																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la noche																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Turnos																																																																													
6	<input type="checkbox"/>	Jornada irregular o variable según los días																																																																													
7	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>																																																																													
1	<input type="checkbox"/>	Jornada partida																																																																													
2	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas)																																																																													
3	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas)																																																																													
4	<input type="checkbox"/>	Jornada continua, por la noche																																																																													
5	<input type="checkbox"/>	Turnos																																																																													
6	<input type="checkbox"/>	Jornada irregular o variable según los días																																																																													
7	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>																																																																													

Madre (progenitor1)	Padre (progenitor 2)
<b>M43. Dentro de la jornada habitual normal, ¿la madre tiene flexibilidad horaria?</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Sí</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>No</div> </div>	<b>M49. Dentro de la jornada habitual normal, ¿el padre tiene flexibilidad horaria?</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Sí</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>No</div> </div>
<b>M44. ¿Cuántas horas ha trabajado la madre durante la última semana?</b> <div> <div></div><div></div> </div> , <div> <div></div> </div> horas trabajadas en total durante la última semana	<b>M50. ¿Cuántas horas ha trabajado el padre durante la última semana?</b> <div> <div></div><div></div> </div> , <div> <div></div> </div> horas trabajadas en total durante la última semana
<b>M45. En general, ¿la madre se siente satisfecha con sus condiciones de trabajo? LEER</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está muy satisfecha</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está satisfecha</div> </div> <div> <div>3</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está insatisfecho</div> </div> <div> <div>4</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está muy insatisfecho ► Pasar a la pregunta M17</div> </div>	<b>M51. En general, ¿el padre se siente satisfecho con sus condiciones de trabajo? LEER</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está muy satisfecho</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está satisfecho</div> </div> <div> <div>3</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está insatisfecho</div> </div> <div> <div>4</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Está muy insatisfecho</div> </div>
<p align="center"><i>Si el padre o la madre del niño/a es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 116</i></p>	
<p align="center"><b>PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR</b>  <i>Sólo si la persona de referencia del hogar NO es ni el padre ni la madre del niño/a</i></p>	
<p>Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar donde vive ..... [NOMBRE]</p>	
<b>27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>No sabe leer ni escribir</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria</div> </div> <div> <div>3</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB</div> </div> <div> <div>4</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa</div> </div> <div> <div>5</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU</div> </div> <div> <div>6</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio</div> </div> <div> <div>7</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior</div> </div> <div> <div>8</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica</div> </div> <div> <div>9</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería</div> </div> <div> <div>10</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente</div> </div> <div> <div>11</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Otra posibilidad. Especificar ▼</div> </div> <div></div>	
<b>28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [de la persona de referencia del hogar]</b> <div> <div>1</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Trabaja</div> <div>► pasar a la pregunta 30</div> </div> <div> <div>2</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses</div> <div>► pasar a la pregunta 30</div> </div> <div> <div>3</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Parado/a con subsidio/prestación</div> <div>► pasar a la pregunta 30</div> </div> <div> <div>4</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Parado/a sin subsidio/prestación</div> </div> <div> <div>5</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Tareas del hogar (ama de casa)</div> </div> <div> <div>6</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Estudiante</div> </div> <div> <div>7</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Incapacitado/a o con invalidez permanente</div> </div> <div> <div>8</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Jubilado/a por edad</div> <div>► pasar a la pregunta 30</div> </div> <div> <div>9</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Jubilado/a de forma anticipada</div> <div>► pasar a la pregunta 30</div> </div> <div> <div>10</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>Otra situación. Especificar ▼</div> </div> <div></div>	

**Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)**

29. Aunque esta persona [la persona de referencia del hogar] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► pasar a la pregunta 116

**Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad**

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba)? [la persona de referencia del hogar]

31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [la persona de referencia del hogar] en esta empresa?

31\_BIS. ¿En qué situación se encuentra esta persona [la persona de referencia del hogar] en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? Leer

- |    |                          |                                                                            |
|----|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a                                                              |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más                                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato                                                       |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as                               |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as                                  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. Especificar ▼                                   |

32. [La persona de referencia del hogar] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

**Para todos los niños y niñas**

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia hogar, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? Mostrar la tarjeta

- |   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad   |

## Privación material

*Para todos los niños y niñas*

**PM1 i PM2.** En el hogar de.... [nombre], ¿tienen (o pueden permitirse tener) los equipamientos siguientes?

*(distinguir las personas que no tienen porque no quieren o consideran que no lo necesitan de las que no tienen porque no pueden)*

	PM1. ¿Tienen?	PM2. ¿Se lo pueden permitir?
1. Lavadora	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
2. Televisor en color	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
3. Teléfono (fijo o móvil)	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
4. Automóvil (se incluye el coche de empresa disponible para uso privado)	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar a la pregunta PM3)</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

**PM3.** ¿La vivienda de.... [nombre] tiene una temperatura suficientemente cálida durante los meses fríos?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

**PM4.** El hogar de.... [nombre] se puede permitir:

1. ¿Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
2. ¿Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para vegetarianos) al menos cada dos días?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
3. ¿Hacer frente a un gasto imprevisto de 750€ con sus propios recursos?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

**PM5.** ¿En los últimos 12 meses el hogar de.... [nombre] se ha atrasado en el pago de algún recibo o cuota de los gastos siguientes, debido a dificultades económicas?

	1. No ha de realizar este tipo de pago	2. Sí, sólo una vez	3. Sí, dos veces o más	4. No	5. NS/Nc
1. Préstamos hipotecarios solicitados para la compra de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compras aplazadas u otros préstamos <i>(puede considerar los préstamos hipotecarios para segundas residencias, pero no considere el préstamo hipotecario solicitado para la compra de la vivienda principal)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recibo del alquiler de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Facturas o recibos de servicios (luz, agua, gas, calefacción, comunidad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

**Muchas gracias por su colaboración**

## P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)

200. Hora de finalización de la entrevista

		,		
--	--	---	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

 minutos

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular	
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	► pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼	



204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼



206. La persona informadora, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)
2	<input type="checkbox"/>	Pareja	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<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"/>	<input type="checkbox"/>



209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- |   |                          |                                  |                                                                             |
|---|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta)               |                                                                             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior)             |                                                                             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo                | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                    | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio   | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. <i>Especificar</i> ▼ | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. <i>Especificar</i> ▼   |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--