INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

DOCUMENTO PROTEGIDO POR: SECRETO ESTADÍSTICO. LEY 1/1991 DE ESTADÍSTICA DE CANARIAS

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2021

Cuestionario de menores (Personas de 0 a 15 años)

NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS Y FINALIDAD

La Encuesta de Salud de Canarias es una fuente de información estadística a nivel de la comunidad autónoma de Canarias, diseñada en colaboración entre Servicio Canario de la Salud y el Instituto Canario de Estadística, órgano central del sistema estadístico de la comunidad autónoma de Canarias. Esta encuesta es de obligada participación por estar incluida en el Plan Estadístico de Canarias 2018-2022. Tiene la finalidad de identificar los principales problemas de salud que afectan a los diferentes sectores de la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

DISPOSICIONES LEGALES:

Secreto estadístico: Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico, la totalidad de los datos individuales suministrados. Todas las personas, organismos e instituciones de cualquier naturaleza que intervengan en el proceso estadístico tienen la obligación de preservar el secreto estadístico. Este deber se mantendrá aun después de que las personas obligadas a su cumplimiento concluyan sus actividades profesionales o su vinculación a los servicios estadísticos (art. 22. de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la comunidad autónoma de Canarias). Asimismo, no se podrá actuar sobre la base del conocimiento de los datos que se recaban en esta Estadística.

Deber de facilitar los datos: Todas las personas que suministren datos, deberán contestar de forma veraz y dentro del plazo establecido al efecto, constituyendo infracción muy grave, conforme a lo dispuesto en el artículo 45.3.b) de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la comunidad autónoma de Canarias, no suministrar la información requerida o suministrar datos falsos, cuando pueda ser imputada a malicia o negligencia grave.

Provincia		Municipio			Distrito		Sección			Sección repetida	Nº vivienda		Nº selección		Nº Hogar	Nº Orden

Nombre **Teléfono 1** **Teléfono 2**

E-mail

PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS

Usted y los miembros de su hogar han sido seleccionados al azar para colaborar en el suministro de la información que se requiere en esta operación estadística. Para cualquier duda, consulta o respuesta a nuestras notificaciones, póngase en contacto con nosotros a través del

teléfono gratuito 900.26.46.92, en horario de 10:00 a 20:00 de lunes a viernes

o del correo electrónico **esc.istac@gobiernodecanarias.org**

INFORMACIÓN PERSONAL

P0 Identidad de género del/de la menor

☐ 1 Niño
☐ 2 Niña
☐ 3 No binario
☐ -9 No sabe / No contesta

P1 ¿Cuál es su nacionalidad (país) del/de la menor?

.....

P2 ¿Cuál es su país de nacimiento del/de la menor?

.....

P3 ¿Quién/ quiénes son los cuidadores principales del/de la menor?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 3 opciones.

☐ 1 Madre
☐ 2 Padre
☐ 3 Otro familiar
☐ 4 Otro/a cuidador/a
☐ 5 Permanece en residencia escolar durante al menos 5 días a la semana
☐ -9 No sabe / No contesta

P4 ¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad el/la menor?

☐ 1 Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil
☐ 2 Asiste a una guardería / Escuela infantil
☐ 3 Estudia primaria o equivalente
☐ 4 Estudia secundaria o equivalente
☐ 5 Otra situación
☐ -9 No sabe / No contesta

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

P5 ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, el/la menor sin zapatos ni ropa?

|_|_|_| ☐ -9 No sabe / No contesta
Kilos

P6 ¿Y cuánto mide el/la menor, aproximadamente, sin zapatos?

|_|_|_| ☐ -9 No sabe / No contesta
Centímetros

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P7 ¿Le han tomado la tensión arterial al/a la menor, alguna vez, un/a profesional sanitario/a?

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

P8 ¿Se vacuna el/la menor según el calendario vacunal oficial?

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

La siguiente pregunta P9 se hará solo a menores de hasta 10 años.

P9 ¿Se ha vacunado al/a la menor con alguna vacuna que haya tenido que pagar al no estar financiada por el Servicio Canario de la Salud? (Por ejemplo, la vacuna para la neumonía (Prevenar), meningitis B (Bexero), rotavirus (Rotarix),...)

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

CALIDAD DE VIDA (solo para menores de 8 o más años)

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

P10 Durante los últimos 7 días, ¿el/la menor se ha sentido bien y en forma?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

P12 Durante los últimos 7 días, ¿el/la menor se ha sentido triste?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

P14 Durante los últimos 7 días, ¿el/la menor ha tenido suficiente tiempo para él/ella?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

P16 Durante los últimos 7 días, ¿los padres del/de la menor le han tratado de forma justa?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

P17 Durante los últimos 7 días, ¿el/la menor se ha divertido con sus amigos/as?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

P19 Durante los últimos 7 días, ¿el/la menor ha podido prestar atención?

☐ 1 Nunca ☐ 3 Algunas veces ☐ 5 Siempre
☐ 2 Casi nunca ☐ 4 Casi siempre ☐ -9 No sabe / No contesta

SALUD MENTAL (Solo para menores de 4 o más años)

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

P20 A continuación se muestran una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del/de la menor. Para cada frase diga si "no es cierto", si es "un tanto cierto" o "absolutamente cierto", dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del/de la menor. Por favor, responda basándose en el comportamiento del/de la menor durante los últimos 6 meses.

		1 No es cierto	2 Un tanto cierto	3 Absolutamente cierto	-9 Ns/Nc
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	☐	☐	☐	☐
2	Es inquieto/a , hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	☐	☐	☐	☐
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	☐	☐	☐	☐
4	Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices,...	☐	☐	☐	☐
5	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	☐	☐	☐	☐
6	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	☐	☐	☐	☐
7	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	☐	☐	☐	☐
8	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	☐	☐	☐	☐
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	☐	☐	☐	☐
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	☐	☐	☐	☐
11	Tiene por lo menos un/ a buen/ a amigo/a	☐	☐	☐	☐
12	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as	☐	☐	☐	☐
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	☐	☐	☐	☐
14	Por lo general cae bien a los otros niños/as	☐	☐	☐	☐
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	☐	☐	☐	☐
16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	☐	☐	☐	☐
17	Trata bien a los/las niños/as más pequeños/as	☐	☐	☐	☐
18	A menudo miente o engaña	☐	☐	☐	☐
19	Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	☐	☐	☐	☐
20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	☐	☐	☐	☐
21	Piensa las cosas antes de hacerlas	☐	☐	☐	☐
22	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	☐	☐	☐	☐
23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	☐	☐	☐	☐
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	☐	☐	☐	☐
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración	☐	☐	☐	☐

RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

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

Nota: Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la menor sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1.

☐ 1 Sí ⌊__⌋ **Nº Días** ☐ -9 No sabe / No contesta

☐ 6 No

☐ -9 No sabe / No contesta

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

Nota: Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la menor sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1.

☐ 1 Sí ⌊__⌋ **Nº Días** ☐ -9 No sabe / No contesta

☐ 6 No

☐ -9 No sabe / No contesta

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

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

		1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1	Problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19	☐	☐	☐
2	Dolor de cabeza	☐	☐	☐
3	Crisis asmática	☐	☐	☐
4	Contusión, lesión o heridas	☐	☐	☐
5	Diarrea o problemas intestinales	☐	☐	☐
6	Fiebre	☐	☐	☐
7	Vómitos	☐	☐	☐
8	Otros dolores o síntomas (dolor de huesos o articulaciones, problemas de nervios, dolor de oídos...)	☐	☐	☐

ACCIDENTES

P24. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido el/la menor algún accidente por el que haya resultado herido/a (interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?				**Preguntar si ha sufrido un accidente** P25. ¿Consultó el/la menor con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?				
	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Ingresó en un hospital	2 Acudió a un centro de urgencias	3 Consultó a un/a médico/a o enfermero/a	4 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	-9 Ns/Nc
Accidente de tráfico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accidente en centro de estudios, guardería (solo a menores escolarizados (P4>1))	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accidente en casa o en tiempo de ocio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MORBILIDAD

P26 En los últimos 12 meses, la salud del/la menor ha sido:

☐ 1 Muy buena ☐ 3 Regular ☐ 5 Muy mala
☐ 2 Buena ☐ 4 Mala ☐ -9 Ns/Nc

P27 A continuación se muestra una lista de enfermedades crónicas o de larga evolución, para que usted señale, en cada una de ellas si el/la menor la padece o ha padecido alguna vez.

					Preguntar si ha padecido la enfermedad					
		P27A. ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?			P27B. ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?			P27C. ¿Le ha dicho algún/a médico/a que la padece?		
		1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1	Problemas de columna, escoliosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Problemas de salud mental como ansiedad o depresión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Problema mental crónico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Problemas del corazón	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Tensión alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Diabetes o azúcar en sangre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Tumores malignos, cáncer, leucemias y linfomas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Asma, bronquitis crónica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Dolor de cabeza frecuente, jaquecas, migrañas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Problemas digestivos crónicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Colesterol alto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Hernias	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Alergias crónicas (asma alérgico incluido)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Infecciones de orina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Déficit o retraso mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Alteraciones del sueño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Eneuresis nocturna (hacerse pis en la cama)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Tumores benignos, quistes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Problemas en la vista que le impidan ver bien o le obliguen a utilizar gafas o lentillas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	Problemas para oír	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	Lesiones permanentes causadas por un accidente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	Otros problemas o enfermedades crónicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Solo para menores de 6 o más años

P28 ¿Tiene el/la menor alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas).

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

☐ 1 Sí ☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P35**
☐ 6 No ► **Ir a P35**

P29 A continuación se muestra una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Diga, por favor, si el/la menor tiene problemas para realizar estas actividades en la actualidad, siempre que estos problemas los lleve padeciendo y/o espere padecerlos por más de 6 meses.

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1. Experiencias sensoriales			
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo..)	☐	☐	☐
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)	☐	☐	☐
2. Comunicarse			
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)	☐	☐	☐
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)	☐	☐	☐
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)	☐	☐	☐
3. Aprender y desarrollar tareas			
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo	☐	☐	☐
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados	☐	☐	☐
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)	☐	☐	☐
4. Utilizar brazos y manos			
4.1. Levantar y llevar objetos	☐	☐	☐
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)	☐	☐	☐
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)	☐	☐	☐
5. Movilidad			
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)	☐	☐	☐
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)	☐	☐	☐
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)	☐	☐	☐
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero	☐	☐	☐
6. Autocuidado			
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo	☐	☐	☐
6.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	☐	☐	☐
6.3. Vestirse	☐	☐	☐
6.4. Comer y beber	☐	☐	☐
7. Relaciones sociales			
7.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)	☐	☐	☐
7.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.	☐	☐	☐
7.3. Relacionarse con familiares	☐	☐	☐

P30 ¿Cuál es o será la duración del problema del/la menor?

Nota: Se refiere a la suma del tiempo que lleva padeciéndolo más el que espera que le dure el problema. Si la limitación es permanente, marcar la celda correspondiente. Si la duración de la limitación es inferior a un año, anote 0 en años y la cantidad en meses en la casilla correspondiente.

☐ 1 Incapacidad permanente

☐ 2 Transitoria
(indique años y meses respectivamente) ⌊_⌋⌊_⌋ **Años** ⌊_⌋⌊_⌋ **Meses**

☐ -9 No sabe / No contesta

P31 Debido a esta dificultad, ¿necesita el/la menor algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?

☐ 1 Sí

☐ 6 No ► **Ir a P34**

☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P34**

P32 ¿Recibe el/la menor la ayuda que necesita de otras personas?

- ☐ 1 Sí
- ☐ 6 No ► **Ir a P34**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P34**

P33 ¿Quién se ocupa de su cuidado?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 3 opciones.

- ☐ 1 Familiar
- ☐ 2 Servicio doméstico
- ☐ 3 Servicios Sociales
- ☐ 4 Otro tipo de cuidador
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P34 ¿Qué ha originado el problema del/de la menor?

- ☐ 1 Congénito y/o problema en el parto
- ☐ 2 Enfermedad
- ☐ 3 Accidente
- ☐ 5 Otras causas
- ☐ -9 No sabe / No contesta

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

P35 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido el/la menor alguno de los siguientes medicamentos? ¿Le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que no hayan sido consumidos?

		Consumido			Recetado		
		1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1	Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Laxantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Antibióticos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Medicamentos para el asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Medicamentos para la alergia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Medicamentos para la diarrea	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Medicamentos para los vómitos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Medicamentos para la diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

P36 ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la menor una consulta de pediatría o medicina general, tanto presencial como telefónica, en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? Incluir también las consultas a enfermería y si las consultas se realizaron en domicilio.

- ☐ 1 En las últimas 4 semanas
- ☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- ☐ 3 Hace 1 año o más ► **Ir a P38**
- ☐ 4 Nunca ► **Ir a P38**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P38**

P37 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida por el/la menor en el centro de salud del que ha hecho uso?

☐ 1 Muy buena ☐ 3 Regular ☐ 5 Muy mala
☐ 2 Buena ☐ 4 Mala ☐ -9 No sabe / No contesta

P38 ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la menor una consulta de pediatría o medicina general, tanto presencial como telefónica, en una consulta privada o particular? Incluir también las consultas a enfermería y si las consultas se realizaron en domicilio.

☐ 1 En las últimas 4 semanas
☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
☐ 3 Hace 1 año o más
☐ 4 Nunca
☐ -9 No sabe / No contesta

P39 ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la menor, tanto presencial como telefónica, una consulta médica a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? Incluir también las consultas a enfermería.

Nota: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud.

☐ 1 En las últimas 4 semanas
☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
☐ 3 Hace 1 año o más ► **Ir a P41**
☐ 4 Nunca ► **Ir a P41**
☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P41**

P40 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención médica especializada recibida por el/la menor en los ambulatorios, centros de especialidades, clínicas u hospitales públicos o concertados de los que ha hecho uso?

☐ 1 Muy buena ☐ 3 Regular ☐ 5 Muy mala
☐ 2 Buena ☐ 4 Mala ☐ -9 No sabe / No contesta

P41 ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la menor una consulta médica, tanto presencial como telefónica, a un especialista en clínicas u hospitales privados no concertados, o consultas particulares? Incluir también las consultas a enfermería.

Nota: Se entiende por no concertado si la consulta no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

☐ 1 En las últimas 4 semanas
☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
☐ 3 Hace 1 año o más
☐ 4 Nunca
☐ -9 No sabe / No contesta

P42 ¿Está actualmente el/la menor en alguna lista de espera para ser atendido/a en relación a alguna de las siguientes situaciones? En caso afirmativo, indique, aproximadamente, el número de meses que lleva el/la menor en lista de espera.

		1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	Nº meses en lista de espera
1	Primera consulta con un/a médico/a especialista para un problema nuevo de salud	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses
2	Consulta de seguimiento con el/la médico/a especialista (ya ha tenido al menos una consulta en esa especialidad para ese problema de salud)	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses
3	Realización de prueba diagnóstica	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses
4	Aplicación de tratamiento	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses
5	Intervención quirúrgica ambulatoria, sin ingreso hospitalario	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses
6	Intervención quirúrgica con ingreso hospitalario	☐	☐	☐	⌊__⌋ Meses

HOSPITALIZACIONES

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

☐ 1 Sí
☐ 6 No ► **Ir a P50**
☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P50**

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

Nota: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Por favor, en caso de que no haya estado ingresado/a en hospitales públicos o concertados anotar 0.

⌊__⌋ **Nº de veces**
☐ -9 No sabe / No contesta

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

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

Nota: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud.

⌊__⌋ **Nº de días**
☐ -9 No sabe / No contesta

P46 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales públicos o concertados, a los que el/la menor acudió?

☐ 1 Muy buena
☐ 2 Buena
☐ 3 Regular
☐ 4 Mala
☐ 5 Muy mala
☐ -9 No sabe / No contesta

P47 ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a el/la menor en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados no concertados?

Nota: Se entiende por no concertado si la hospitalización no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Por favor, en el caso de que el/la menor no haya estado ingresado/a en hospitales privados no concertados anotar 0.

☐ -9 No sabe / No contesta

Nº de veces

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

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

Nota: Se entiende por no concertado si la hospitalización no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud.

☐ -9 No sabe / No contesta

Nº de días

P49 En relación al último ingreso hospitalario del/de la menor, ¿cuál fue el motivo de su ingreso?

☐ 1 Intervención quirúrgica
☐ 2 Estudio médico diagnóstico
☐ 3 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
☐ 4 Otros motivos
☐ -9 No sabe / No contesta

URGENCIAS

P50 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido que utilizar el/la menor los servicios de urgencias presenciales o telefónicos por tener un problema de salud?

Nota: Por favor, anote la cantidad de veces que ha hecho uso de estos servicios según el centro donde haya realizado la visita. En el caso de que el/la menor no haya usado los servicios de urgencias en los últimos 12 meses, anotar 0 en todas las casillas.

		Número de veces que ha hecho uso de los servicios de urgencias	**-9 Ns/Nc**
P50A	Asistencia presencial en un centro de salud	**Nº veces**	☐
P50B	Asistencia presencial en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS).	**Nº veces**	☐
P50C	Asistencia presencial en clínicas u hospitales privados no concertados	**Nº veces**	☐
P50D	Fue asistido presencialmente con medios públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS) en el lugar donde se encontraba (domicilio, centro de estudios, etc,...) sin necesidad de desplazamiento.	**Nº veces**	☐
P50E	Fue asistido presencialmente con medios privados no concertados en el lugar donde se encontraba (domicilio, centro de estudios, etc,...) sin necesidad de desplazamiento.	**Nº veces**	☐
P50F	Fue atendido de manera telefónica, a través del 112 o del 012 sin necesidad de desplazamiento a un centro de urgencias	**Nº veces**	☐
P50G	Fue atendido de manera telefónica, a través de un servicio privado no concertado sin necesidad de desplazamiento a un centro de urgencias	**Nº veces**	☐

Si P50A = 0, P50B = 0, P50D = 0 y P50F = 0, ir a P52

P51 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención que ha recibido el/la menor en los servicios de urgencias presenciales o no presenciales de la sanidad pública o concertada de los que ha hecho uso?

☐ 1 Muy buena ☐ 3 Regular ☐ 5 Muy mala
☐ 2 Buena ☐ 4 Mala ☐ -9 No sabe / No contesta

OTROS RECURSOS

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

		1 Sí, en un centro público o concertado	2 Sí, en un centro privado no concertado	6 No	-9 Ns/Nc
P52A	TAC o escáner	☐	☐	☐	☐
P52B	Ecografía	☐	☐	☐	☐
P52C	Resonancia magnética	☐	☐	☐	☐
P52D	PCR o prueba de antígenos	☐	☐	☐	☐

SEGURO SANITARIO

P53 ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es el/la menor titular o beneficiario/a?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 2 opciones.

☐ 1 Sanidad Pública (Seguridad Social)
☐ 2 mutualidad es del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
☐ 3 mutualidad es del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado
☐ 4 Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.)
☐ 5 Seguro médico concertado por la empresa
☐ 6 No tengo seguro médico
☐ 7 Otras situaciones
☐ -9 No sabe / No contesta

MEDICINA ALTERNATIVA

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

		1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
P54A	Homeópata	☐	☐	☐
P54B	Osteópata	☐	☐	☐
P54C	Acupuntor/a	☐	☐	☐
P54D	Otros profesionales de medicina alternativa (naturista, curandero/a,...)	☐	☐	☐

NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA NO SATISFECHA

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

☐ 1 Sí ☐ -9 No sabe / No contesta ►**Ir a P57**
☐ 6 No ►**Ir a P57**

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

- ☐ 1 No pudo conseguir cita telefónica
- ☐ 2 No pudo conseguir cita presencial
- ☐ 3 Obligaciones laborales o familiares
- ☐ 4 Era demasiado caro/ no tenía dinero
- ☐ 5 El seguro no lo cubría o no tenía seguro
- ☐ 6 Había que esperar demasiado
- ☐ 7 Demasiado lejos para viajar/ sin medio de transporte
- ☐ 8 Quiso esperar y ver si el problema mejoraba por si solo
- ☐ 9 No se atrevió por miedo a ser contagiado de covid-19
- ☐ 10 Decidió retrasar la consulta porque los servicios estaban destinados a cubrir la crisis por el covid-19
- ☐ 11 Otra causa
- ☐ -9 No sabe / No contesta

HÁBITOS HIGIÉNICOS, VISITAS A LA CONSULTA DENTAL

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

P57 ¿Con qué frecuencia se lava el/la menor los dientes?

- ☐ 1 Después de cada comida
- ☐ 2 Más de 1 vez al día, pero no después de cada comida.
- ☐ 3 1 vez al día
- ☐ 4 Varias veces a la semana, pero no todos los días
- ☐ 5 Ocasionalmente
- ☐ 6 Nunca
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P58 ¿Ha acudido alguna vez el/la menor a una consulta dental?

- ☐ 1 Sí
- ☐ -9 No sabe / No contesta ►**Ir a P61**
- ☐ 6 No ►**Ir a P61**

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

- ☐ 1 Hace 3 meses o menos
- ☐ 2 Hace más de 3 meses y menos de 1 año
- ☐ 3 Entre 1 y menos de 2 años
- ☐ 4 Entre 2 y menos de 5 años
- ☐ 5 5 y más años
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 4 opciones.

- ☐ 1 Revisión o chequeo
- ☐ 2 Limpieza de dientes
- ☐ 3 Empastes, endodoncias
- ☐ 4 Extracción de dientes o muelas
- ☐ 5 Ortodoncia
- ☐ 6 Otros
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P61 ¿Cuál es el estado de dientes y muelas del/de la menor?

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
Tiene caries sin empastar	☐	☐	☐
Le han extraído dientes/ muelas	☐	☐	☐
Tiene dientes/ muelas empastados (obturados) o sellados	☐	☐	☐
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	☐	☐	☐
Los dientes que tiene están sanos	☐	☐	☐

HÁBITOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

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

Nota: Por favor, en el caso de que el/la menor tenga menos edad que el periodo de referencia marcar la opción "No procede: tiene menos edad que el periodo de referencia".

Edad	1 Natural: leche materna como único alimento y bebida	2 Mixta: combinación de leche materna y otros alimentos	3 Artificial: no toma leche materna	-1 No procede: tiene menos edad que el periodo de referencia	-9 Ns/Nc
Menos de 6 semanas	☐	☐	☐	☐	☐
De 6 semanas a 3 meses	☐	☐	☐	☐	☐
De 3 a 6 meses	☐	☐	☐	☐	☐
Más de 6 meses	☐	☐	☐	☐	☐

Si el/la menor es menor de 1 año, ir a P71

P63 ¿Dónde desayuna el/la menor habitualmente?

☐ 1 En su casa o en la de un familiar
☐ 2 Comedor escolar
☐ 3 Otro lugar
☐ 4 No suele desayunar ► **Ir a P65**
☐ -9 No sabe / No contesta

P64 En relación con los hábitos alimentarios, ¿qué suele desayunar el/la menor habitualmente?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 5 opciones.

☐ 1 Agua
☐ 2 Leche y derivados (yogur, queso blanco, etc.)
☐ 3 Pan, cereales, gofio
☐ 4 Fruta, zumo, etc.
☐ 5 Café, té, cacao, otras infusiones
☐ 6 Bollos, galletas
☐ 7 Embutidos, huevos
☐ 8 Otro tipo de alimentos
☐ -9 No sabe / No contesta

P65 ¿Dónde almuerza el/la menor habitualmente?

☐ 1 En su casa o en la de un familiar
☐ 2 Comedor escolar
☐ 3 Otro lugar
☐ 4 No suele almorzar
☐ -9 No sabe / No contesta

P66 ¿Con qué frecuencia consume el/la menor los siguientes alimentos?

		1 A diario	2 3 o más veces por semana	3 1 o 2 veces por semana	4 Menos de 1 vez a la semana	5 Nunca o casi nunca	-9 Ns/Nc
A	Zumos o jugos envasados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	Zumo natural de frutas o verduras frescas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	Fruta fresca entera (excluyendo zumos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D	Verduras, ensaladas y hortalizas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	Productos lácteos (leche, yogur, queso,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F	Pan, gofio, cereales (no azucarados)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G	Pasta, arroz, papas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H	Legumbres, lentejas, judías,...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I	Pescado incluyendo cefalópodos (pulpo, calamares,...) y mariscos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J	Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
K	Huevos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L	Dulces (galletas, mermeladas, caramelos,....), cereales azucarados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M	Refrescos con azúcar o con gas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N	Embutidos, fiambres, mantequilla, beicon,...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ñ	Comida rápida (bocadillos, pizzas, hamburguesas, pollo frito,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
O	Aperitivos o comidas saladas de picar (papas fritas, galletitas saladas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P67 (Si P66C = 1) ¿Cuántas piezas de fruta consume a diario?

|_|_| **Nº de piezas**

☐ -9 No sabe / No contesta

P68 (Si P66B = 1) ¿Cuántas vasos de zumo natural consume a diario?

|_|_| **Nº vasos de zumo natural**

☐ -9 No sabe / No contesta

P69 ¿Considera que, en general, la alimentación del/de la menor es ...?

☐ 1 Muy adecuada ► **Ir a P71**
☐ 2 Adecuada ► **Ir a P71**
☐ 3 Moderadamente adecuada
☐ 4 Poco adecuada
☐ 5 Muy poco adecuada
☐ -9 No sabe / No contesta

P70 ¿Cuál es el motivo principal por el que considera que el/la menor no tiene una alimentación más adecuada?

☐ 1 Porque al/a la menor no le gustan algunos alimentos
☐ 2 Porque el/la menor no come en casa
☐ 3 Porque la situación económica de su hogar no le permite la compra de determinados alimentos
☐ 4 Porque tiene alguna enfermedad que no le permite tener una alimentación variada
☐ 5 Otros motivos
☐ -9 No sabe / No contesta

HÁBITOS DE VIDA: DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

P71 ¿Cuántas horas duerme el/la menor habitualmente? Incluya las horas de siesta

⌊__⌋ **Horas**

☐ -9 No sabe / No contesta

Si el/la menor tiene menos de 1 año, FIN DEL CUESTIONARIO

P72 ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la menor realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

☐ 1 No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente en realizar actividades sedentarias (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o cuna,...)

☐ 2 Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo,...)

☐ 3 Hace actividades físicas, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo,...)

☐ 4 Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana

☐ -9 No sabe / No contesta

Si el/la menor tiene menos de 5 años, FIN DEL CUESTIONARIO

P73 ¿Cuánto tiempo al día suele estar el/la menor frente a una pantalla, incluyendo ordenador, tablet, televisión, vídeojuegos, o pantalla de un teléfono móvil?

De lunes a viernes (en promedio) ⌊__⌋ **Nº horas** ☐ -9 No sabe / No contesta

En fin de semana (en promedio) ⌊__⌋ **Nº horas** ☐ -9 No sabe / No contesta

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN