

## Child Biometric Measures (Ages 3-11) - Spanish

Formulario aprobado  
Número de OMB 0920-xxxx  
Fecha de vigencia xx/xx/xxxx

# CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)

Se calcula que el tiempo promedio que le tomará a cada participante dar esta información será de 20 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia puede realizar o patrocinar un estudio, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier aspecto de esta recopilación de información incluyendo sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

## CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)

Entrevistador \_\_\_\_\_ Identificación de estudio . . . . . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
\_\_\_\_\_ Fecha en la que se completó  
Duración \_\_\_\_\_

Ahora voy a comenzar con algunas preguntas generales sobre la salud del niño/a que se relacionan con las medidas biométricas que recolectaremos hoy.

### PARTE A.

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

1.

¿Cuál es su relación con (NIÑO/A)?

1. MADRE BIOLÓGICA(SKIP TO 3)
2. PADRE BIOLÓGICO(SKIP TO 3)
3. MADRE ADOPTIVA/MADRASTRA(SKIP TO 3)
4. PADRE ADOPTIVO/PADRASTRO(SKIP TO 3)
5. PAREJA DE LA MADRE/DEL PADRE DEL NIÑO
6. ABUELO/A
7. HERMANO/A (BIOLÓGICO/ADOPTIVO/HERMANASTRO/CUÑADO)
8. TÍO/A
9. OTRA RELACIÓN FAMILIAR
10. OTRA RELACIÓN NO FAMILIAR
11. TUTOR LEGAL..(SKIP TO 3)
12. EL NIÑO ESTÁ BAJO TUTELA DEL ESTADO O
13. CORTE.....(SKIP TO 3)
97. NO SABE
98. SE REHUSA

2. ¿Usted es el tutor legal de (NIÑO/A)?

- 1 SÍ
2. NO
3. NO SABE
4. SE REHUSA

#### PESO

3. ¿Cómo describiría el peso del niño/a? Diría:

- A. muy por debajo del peso normal
- B. un poco por debajo del peso normal
- C. casi el peso adecuado
- D. con un poco de sobrepeso
- E. con mucho sobrepeso
- NO SABE
- SE REHUSA

#### TABACO: USO/EXPOSICIÓN

## CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio \_\_\_\_\_

Fecha en la que se completó \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_

4. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo el niño/a en la misma habitación con alguien que estaba fumando cigarrillos?

- 0. Ningún día
- 1. 1 ó 2 días
- 2. 3 ó 4 días
- 3. 5 ó 6 días
- 4. 7 días
- 7. No sabe
- 9. Se rehusa

### INGESTA RECIENTE DE COMIDA

5. ¿Qué alimento o alimentos comió el/la niño/a durante su última comida o refrigerio? Anote todos los alimentos y bebidas que ingirió. Lista:

5a. ¿A qué hora comió el alimento? \_\_\_\_\_

5b. ¿Está el/la niño/a actualmente en ayunas?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Se rehusa Se rehusa

### ENFERMEDADES RECIENTES

6. Cuénteme acerca de cualquier resfrío, gripe u otra enfermedad que haya tenido el/la niño/a en las últimas 2 semanas. Para cada una, dígame qué tan recientemente ocurrió la enfermedad.

Si no estuvo enfermo(a) en las últimas 2 semanas, marque aquí:

\_\_\_\_\_

Enfermedad	Hoy	Últimos 2 días	Últimas 2 semanas
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)**

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio . . . . . [ ][ ][ ][ ][ ]

Fecha en la que se completó

Duración \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

NO SABE

SE REHUSA SE REHUSA

Las siguientes preguntas nos ayudarán a analizar los resultados de la muestra de saliva del niño/a.

7. Antes de esta visita, ¿cuándo fue la última vez que el/la niño/a cepilló sus dientes?

Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

NO SABE

SE REHUSA SE REHUSA

8. La última vez que el/la niño/a cepilló sus dientes, ¿vio él/ella un color rosado o rojizo cuando escupió en el lavabo?

Sí

No

NO SABE

SE REHUSA SE REHUSA

9. En las últimas 24 horas, ¿ha tenido el/la niño/a alguna lesión en su boca o trabajo dental que le haya causado sangrado?

Sí

No

NO SABE

SE REHUSA

10. ¿Tiene el/la niño/a llagas abiertas o cortes en su boca?

Sí

No

NO SABE

SE REHUSA

**CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)**

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio . . . . . [ ][ ][ ][ ][ ]

Fecha en la que se completó

Duración \_\_\_\_\_

**11. En las últimas 24 horas, ¿{el/la niño/a} ha perdido un diente?**

**Sí**

**No**

**NO SABE**

**SE REHUSA**

**PARTE B.**

- 1. CHILD HEIGHT MEASURED CM..... [ ][ ]  
RF..... 9999
- 2. CHILD WAIST CIRCUMFERENCE MEASURED CM..... [ ][ ]  
RF..... 9999
- 3. CHILD WEIGHT MEASURED KG..... [ ][ ]  
RF..... 9999
- 4.
- 5. SALIVA SAMPLE COLLECTED YES/NO.....
- 5a. SALIVA SAMPLE # ID..... [ ][ ][ ][ ]
- 5b. SALIVA SAMPLE SHIPPING # ID..... [ ][ ][ ][ ]
- 6. CHILD ACCELEROMETRY STUDY PARTICIPANT? YES/NO.....
- 6a. ACCELEROMETER ID # ID..... [ ][ ][ ][ ]

**CUESTIONARIO DE MEDICIÓN BIOMÉTRICA (Edades: 3 a 11 años)**

Entrevistador \_\_\_\_\_

Identificación de estudio . . . . . [ ][ ][ ][ ][ ]

Fecha en la que se completó

\_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_