

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - _____ - _____
Número de identificación del estudio del niño: _____ - _____ - _____

Form Approved
OMB No. 0920-1190
Exp. Date 07/31/2019

Fecha: ____ / ____ / ____
 D D M M M A A A A

Entrevistador: _____

Cuestionario de seguimiento del estudio a largo plazo para los padres y el/la niño/a

Ciudad: _____

Clínica/IPS: _____

Edad (en meses) del niño en el momento de la cita, aproximada (encierre): 9 12 18 24 36 48

Ahora, vamos a preguntarte ¿quién te ayuda a cuidar a [nombre del niño inscrito]?

1. ¿Cuál es tu relación con [nombre del niño inscrito]?

₀ Mamá

₁ Papá

₂ Acudiente legal (Especifica la relación: _____)

2. ¿[Nombre del niño inscrito] vive contigo?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

3. Incluyendo a [nombre del niño inscrito], ¿cuántos adultos y niños viven en la misma casa de [nombre del niño inscrito]?

_____ adultos (18+ años) _____ niños (<18 años) ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

❖ **Si, en la respuesta de la pregunta #3, no viven otros niños en la casa, pase a la pregunta #5.**

4. ¿Cuántos años tiene cada uno de los niños que viven en la casa con [nombre del niño inscrito]?

Edad de [nombre del niño inscrito]: _____ (encierre uno: meses años)

Edad del otro/a niño/a (1): _____ años

Edad del otro/a niño/a (2): _____ años

Edad del otro/a niño/a (3): _____ años

Edad del otro/a niño/a (4): _____ años

Edad del otro/a niño/a (5): _____ años

Edad del otro/a niño/a (6): _____ años

Edad del otro/a niño/a (7): _____ años

Edad del otro/a niño/a (8): _____ años

5. Cuéntame ¿cuáles de las siguientes personas han ayudado a cuidar regularmente a [*nombre del niño inscrito*] desde la última cita del estudio de [*nombre del niño inscrito*].

	<i>¿Esta persona cuida a [<i>nombre del niño inscrito</i>]?</i>	<i>Si sí, ¿en dónde?</i>	<i>Si sí, ¿en promedio, con qué frecuencia?</i>	<i>En promedio, ¿a cuántos niños se cuidan con [<i>nombre del niño inscrito</i>]?</i>	<i>En promedio, ¿cuántas personas proveen el cuidado?</i>
Mamá del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Papá del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Pareja del papá/mamá de [<i>nombre del niño inscrito</i>], que no es el papá/mamá del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Hermano/a del niño, que tiene <u>menos</u> de 18 años de edad (edad _____)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Hermano/a del niño, que tiene <u>más</u> de 18 años de edad (edad _____)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
El abuelo/la abuela del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Otro adulto quien es miembro de la familia del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Amigo/a o vecino/a	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona	_____ días/semana	_____ niños	_____ personas

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - ____ - _____
 Número de identificación del estudio del niño: _____ - ____ - _____

	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ horas/día		
Adulto no emparentado (incluyendo a un profesional de un jardín infantil)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas
Otra persona (especifica: _____)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	<input type="checkbox"/> ₃ En la casa del niño <input type="checkbox"/> ₂ En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> ₁ En un jardín infantil <input type="checkbox"/> ₀ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	_____ días/semana _____ horas/día	_____ niños	_____ personas

6. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que sientes con la cantidad de ayuda que recibes para cuidar a [nombre del niño inscrito]?

- ₅ Muy satisfecho
- ₄ Algo satisfecho
- ₃ No me siento satisfecho ni me siento insatisfecho
- ₂ Un poco insatisfecho
- ₁ Muy insatisfecho
- ₈₈ No contestó

Ahora tenemos preguntas sobre si [nombre del niño inscrito] tiene alguna dificultad para alimentarse o al llorar.

7. ¿Con qué frecuencia resulta difícil darle comida a [nombre del niño inscrito]?

- ₁ Siempre o la mayoría del tiempo
- ₂ Algunas veces
- ₃ Muy rara vez
- ₄ Nunca

8. A continuación, te haremos una serie de enunciados de acciones que a veces hacen los niños a la hora de comer. Cuéntame con qué frecuencia [nombre del niño inscrito] hace cada una de las siguientes acciones. Te solicitamos responder si consideras que lo hace muy rara vez o nunca, a veces, casi siempre.

	Muy rara vez o nunca ₀	A veces ₁	Casi siempre ₂	No sé ₇₇	No contestó ₈₈	No aplica ₆₆
Reflujo de alimentos						
Babeo excesivo						
Nauseas/tose						
Dificultad en tragar/pasar la comida						
Dificultad para succionar el seno o el tetero						
Arquear la espalda /retorcerse						
Negarse a abrir la boca						
Escupir la comida						
Comer demasiado rápido						
Girar su cabeza evitando la comida/						

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - ____ - _____
 Número de identificación del estudio del niño: _____ - ____ - _____

negar con la cabeza						
Masticar/chupar la comida sin tragar						
Pasar la comida en tragos grandes						
Cualquier otra dificultad a la hora de comer (Especifica: _____ _____)						

9. En promedio, ¿cuántas horas llora [*nombre del niño inscrito*] al día?
_0 <1 hora _1 1-3 horas _2 3-6 horas _3 6-9 horas _4 9-12 horas _5 >12 horas
_77 No sé _88 No contestó

10. En general, ¿qué tan fácil es calmar a [*nombre del niño inscrito*] cuando él o ella está llorando o está inquieto/a? Favor de elegir solo una respuesta.
_0 Muy fácil
_1 Más o menos fácil
_2 Un poco difícil
_3 Muy difícil
_77 No sé
_88 No contestó

Ahora vamos a actualizar la información del seguro médico de [*nombre del niño inscrito*].

11. ¿Qué tipo de afiliación tiene [*nombre del niño inscrito*]?
_1 Contributivo _2 Subsidiado _3 No asegurado _4 Especial _5 Excepción
_6 Indeterminado/pendiente _77 No sé _88 No contestó

12. ¿Cómo se llama el prestador de servicios de salud (EPS) de [*nombre del niño inscrito*]?
 Nombre: _____ _77 No sé _88 No contestó

Desde la última cita del estudio de [<i>nombre del niño inscrito</i>]:	
13. ¿Has llevado a [<i>nombre del niño inscrito</i>] a un control rutinario del crecimiento y desarrollo o has buscado atención médica para [<i>nombre del niño inscrito</i>] porque él o ella tenía síntomas tenía síntomas de una enfermedad (por ejemplo, fiebre, brote (sarpullido)?)	<input type="checkbox"/> _1 Sí → Número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____ Nombre de la IPS (3): _____ Nombre de la IPS (4): _____ Nombre de la IPS (5): _____ <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó <input type="checkbox"/> _1 Si NO , salta a la pregunta #18.
14. Desde la última cita del estudio de [<i>nombre del niño inscrito</i>], ¿le hicieron alguna de las siguientes pruebas? Dime "Sí" o "No" para cada una que voy a mencionar.	
Ecografía transfontanelar	<input type="checkbox"/> _1 Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> _1 Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - _____ - _____
 Número de identificación del estudio del niño: _____ - _____ - _____

Tomografía axial computarizada	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Evaluación auditiva	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Evaluación de visión	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Evaluación del desarrollo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
¿[nombre del niño inscrito] tuvo alguna otra prueba que no haya mencionado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí → Prueba: _____ _____ Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
15. Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], ¿lo vio algún médico especialista? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó ↳ Si SÍ, ¿qué tipo de profesional de salud lo vio a [nombre del niño inscrito]? Dime "Sí" o "No" para cada uno de los que voy a mencionar.	
Pediatra	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Terapia ocupacional/física	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Neurólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Oftalmólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Audiólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Especialista en desarrollo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) (Tipo de especialista: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
¿A [nombre del niño inscrito], lo vio algún otro profesional de salud que no haya mencionado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Tipo de profesional: _____ Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
16. Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], ¿él o ella tuvo alguna hospitalización en la que tuvo que quedarse una noche o más hospitalizado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí → Número de veces: _____ Nombre del hospital (1): _____ Nombre del hospital (2): _____ Nombre del hospital (3): _____ Nombre del hospital (4): _____ Nombre del hospital (5): _____ <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
17. Ahora voy a decirte una lista de enfermedades. Favor de contestar "Sí" o "No" si, desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], algún profesional de salud te dijo que [nombre del niño inscrito] pudo haber tenido uno de los siguientes.	
Virus del Zika	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dengue	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - ____ - _____
Número de identificación del estudio del niño: _____ - ____ - _____

Chikungunya	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Rubeola	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Sífilis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Varicela	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Parvovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Herpes	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
¿Te dijo que [<i>nombre del niño inscrito</i>] pudo haber tenido alguna otra enfermedad que no haya mencionado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí, especifica: _____	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

18. ¿Desde la última cita del estudio, [*nombre del niño inscrito*] o tú se han inscrito en otro estudio del virus del Zika?
- ₃ Sí, yo me inscribí → ¿Cuál estudio? _____
- ₂ Sí, yo inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio? _____
- ₁ Sí, yo me inscribí e inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio? _____
- ₀ No
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

Ahora, tenemos preguntas adicionales sobre ti, tu familia y tus amigos.

❖ Si esta persona es el acudiente legal, de acuerdo a la respuesta de la pregunta #1, pase a la pregunta #25.

19. ¿Cuál es tu relación con el papá (la mamá) de [*nombre del niño inscrito*] ahora?
- ₁ Casados
- ₂ En unión libre
- ₃ Estoy soltero/a
- ₄ Divorciados
- ₅ Estoy viudo/a
- ₆ Otro (Especifica: _____)
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó
20. Ahora mismo, ¿con que frecuencia están viviendo juntos tú y el papá (la mamá) de [*nombre del niño inscrito*]?
- ₁ Siempre o la mayoría del tiempo
- ₂ A veces
- ₃ Rara vez
- ₄ Nunca
- ₆₆ No aplica
21. ¿Estás en una relación nueva?
- ₁ Sí, estoy casada/o con una nueva pareja.
- ₂ Sí, tengo un nuevo/a novio/a.
- ₃ No

₆₆ No aplica

22. La mayoría de personas tienen desacuerdos en sus relaciones. Favor de indicar el nivel en que tú y tu pareja están o no están de acuerdo en cada ítem de la siguiente lista.

	Nunca están de acuerdo (0)	Casi nunca están de acuerdo (1)	Frecuentemente e no están de acuerdo (2)	A veces no están de acuerdo (3)	Casi siempre están de acuerdo(4)	Siempre están de acuerdo (5)	No contestó (88)
Estilos de vida							
Objetivos, metas y cosas que creían que son importantes							
La cantidad de tiempo que pasan juntos							

23. ¿Con que frecuencia ocurren los siguientes eventos entre tú y tu pareja?

	Nunca(0)	Menos que una vez al mes(1)	Una o dos veces al mes(2)	Una o dos veces a la semana(3)	Una vez cada día(4)	Mas frecuente(5)	No contestó (88)
Tener un intercambio interesante de ideas							
Discutir algo juntos en una manera tranquila							
Trabajar juntos en un proyecto							

24. Los puntos en la siguiente fila representan diferentes grados de felicidad en tu relación. El punto medio, "feliz", representa el grado de felicidad en la mayoría de las relaciones. Favor de encerrar la respuesta que mejor describe, a fin de cuentas, el grado de felicidad de tu relación.

0	1	2	3	4	5	6	88
Sumamente infeliz	Bastante infeliz	Un poco infeliz	Feliz	Muy feliz	Sumamente feliz	Perfecto	No contestó

25. Estamos interesados en cómo te sientes sobre los siguientes enunciados. Te voy a leer cada enunciado. Favor de indicar cómo te sientes sobre cada uno.

	Totalmente en desacuerdo (1)	Muy en desacuerdo (2)	No estoy de acuerdo (3)	Neutral (4)	De acuerdo (5)	Muy de acuerdo (6)	Totalmente de acuerdo (7)	No contestó (88)
Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito.								
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.								
Mi familia siempre intenta ayudarme.								

Recibo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia								
Tengo una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.								
Mis amigos siempre intentan ayudarme.								
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas no salen bien.								
Puedo hablar con mi familia sobre mis problemas.								
Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.								
Hay una persona especial en mi vida a quien le importan mis sentimientos.								
Mi familia esta disponible para ayudarme a tomar decisiones.								
Puedo hablar con mis amigos sobre mis problemas.								

Ahora, tenemos algunas preguntas acerca de preocupaciones que puedas tener sobre tu situación financiera.

26. ¿Con qué frecuencia te preocupas de tener suficiente dinero para pagar por las cosas que necesitas, como comida, techo, o ropa para ti y tu familia?

- ₄ Siempre ₃ Frecuentemente ₂ A veces ₁ Rara vez ₀ Nunca ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

27. ¿Alguna vez has sido incapaz de pagar o te has retrasado en el pago de atención médica, como medicamentos, hospitalizaciones o consultas médicas?

- ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

28. Desde tu última cita del estudio, ¿hubo un momento o una situación en que tu o alguien en tu casa necesitaba ir al médico o comprar un medicamento, pero no pudo por el costo?

- ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Finalmente, tenemos algunas preguntas sobre el ambiente domiciliario.

29. Desde tu última cita del estudio, ¿alguien en la casa de [nombre del niño inscrito] ha hecho alguno de los siguientes? Dime "Sí" o "No" a cada opción.

Ha utilizado pesticidas, insecticidas o raticidas adentro o alrededor de la casa	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
--	---

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: _____ - ____ - _____
Número de identificación del estudio del niño: _____ - ____ - _____

Ha fumado cigarrillos dentro de la casa	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Ha fumado marihuana dentro de la casa	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Ha usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?