

1. ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA/O

CÓDIGO NIÑA/O: _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

Nota: Tomar los valores antropométricos **TRES veces**. Tomar las mediciones dos horas después de haber comido:

Peso 1 en kg: _____ Peso 2 en kg: _____ Peso 3 en kg: _____

Talla 1 en metros: _____ Talla 2 en metros: _____ Talla 3 en metros: _____

a Antropometría:

- Circunferencia abdominal 1 en cm: _____ Circunferencia abdominal 2 en cm: _____

Circunferencia abdominal 3 en cm: _____

- Circunferencia del brazo 1 en cm _____ Circunferencia del brazo 2 en cm _____

Circunferencia del brazo 3 en cm _____

- Circunferencia del cuello 1 en cm _____ Circunferencia del cuello 2 en cm _____

Circunferencia del cuello 3 en cm _____

b Bioimpedancia:

Dato de bioimpedancia (% que marque la balanza de bioimpedancia eléctrica): _____

Nota: Verificar que el paciente haya orinado y no haya comido dos horas antes.

- Porcentaje de masa grasa: _____ Porcentaje de grasa visceral: _____

- Porcentaje de masa muscular: _____ Minerales: _____

Observación: _____

2. EVALUACIÓN COGNITIVA Y CONDICIONAMIENTO DEL PARPADEO

CÓDIGO NIÑA/O: _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

1. Se evalúa las funciones cognitivas a través del test RAVEN: Si (), No ()

2. Fecha evaluación test Raven (dd/mm/aaa): ___/___/___

3. Hora evaluación test Raven (hh:mm): ___:___

4. Se evalúa las funciones cognitivas a través de blinklab: Si (), No ()

5. Fecha evaluación test blinklab (dd/mm/aaa): ___/___/___

6. Hora evaluación test blinklab (hh:mm): ___:___

OBSERVACIONES:

3. ENCUESTA PARA EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA NIÑA/O

CÓDIGO NIÑA/O: _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: Este cuestionario será administrado por personal capacitado del proyecto vía telefónica o en persona, en la escuela o vivienda dependiendo de la decisión de la representante legal.

Relación que tiene la representante legal con la niña/o: Madre Padre Otro _____

Nombres representante legal: _____

Apellidos representante legal: _____

Número teléfono celular representante legal: _____

Correo electrónico representante legal: _____

Dirección de la casa donde vive la niña/o: Calle principal: _____

Calle secundaria: _____ Localidad: _____

Cantón: _____ Provincia: _____

Edad de la **MADRE** (años): _____

Nivel de educación de la **MADRE** (marcar con una x según corresponda), incluya el número de años del último nivel alcanzado:

No sabe leer ni escribir ____ Primaria incompleta ____ Primaria completa ____ Secundaria incompleta ____ Secundaria completa ____ Educación universitaria incompleta ____ Educación universitaria completa ____ Cuarto nivel ____ Otro(Indique cual) _____

Número de años, último nivel educativo alcanzado: _____

Edad del **PADRE** (años): _____

Nivel de educación del **PADRE** (marcar con una x según corresponda), incluya el número de años del último nivel alcanzado:

No sabe leer ni escribir ____ Primaria incompleta ____ Primaria completa ____ Secundaria incompleta ____ Secundaria completa ____ Educación universitaria incompleta ____ Educación universitaria completa ____ Cuarto nivel ____ Otro(Indique cual) _____

Número de años, último nivel educativo alcanzado: _____

DATOS GENERALES DE LA NIÑA/O

- a Fecha de Nacimiento de la niña/o: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)
- b Edad en años cumplidos de la niña/o: ____ Es él/ella hijo/a único/a: Si No
- c Si **NO ES HIJA/O ÚNICA/O** ¿cuántas/os hermanas/os tiene? _____
- d Orden de nacimiento de la niña/o ____

- e ¿Todas las hermanas, incluida la/el niña/o tienen la misma madre y padre biológicos?
 Si No
- f Nivel de educación actual de la niña/o: Educación inicial o preescolar (), educación general básica (indique nivel) () ___, no va a la escuela ()
Si él/ella va a la escuela, ¿cuántos días a la semana? ____
- ¿A qué hora entra y sale de la escuela regularmente? Hora entrada: __:__, Hora salida: __:__
- g Sexo biológico de la niña/o (marcar con una x según corresponda):
Hombre ___ Mujer ___
- h Auto-identificación étnica (marcar con una x según corresponda):
Afroecuatoriano/a ___ Blanco/a ___ Indígena ___ Mestizo/a ___ Montubio/a ___
Mulato/a ___ Negro/a ___ Otro (Cuál) _____
- i Ingresos económicos aproximados de los que dispone la familia para sus gastos, tomando en cuenta todos los aportes dentro y fuera del núcleo familiar: Menos de \$530 (), entre \$531 y \$1060 (), entre \$1061 y \$1590 (), entre \$1591 y \$2120 (), más del \$2120
- j ¿Cuántas personas viven en la misma casa y comparten los gastos, incluida la niña/o?

4. ENCUESTA NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

CÓDIGO NIÑA/O (a llenarse por la investigadora): _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será llenado por el padre, madre o cuidadora principal de la niña.

Marque con una X en cada pregunta, lo que corresponda a su situación:

A CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

a ¿Cuál es el tipo de vivienda donde vive?

Suite de lujo Cuarto(s) en casa de inquilinato Departamento en casa o edificio
Casa/Villa Mediagua Rancho Choza/ Covacha/Otro

b El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

Hormigón Ladrillo o bloque Adobe/ Tapia Caña revestida o bahareque/ Madera
Caña no revestida/ Otros materiales

c El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante Cerámica, baldosa, vinil o marmetón
Ladrillo o cemento Tabla sin tratar Tierra/ Caña/ Otros materiales

d ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha

e El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene Letrina Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada
Conectado a pozo ciego Conectado a pozo séptico Conectado a red pública de alcantarillado

B ACCESO A TECNOLOGÍA

a ¿Tiene este hogar servicio de internet?

Si No

b ¿Tiene computadora de escritorio?

Si No

c ¿Tiene computadora portátil?

Si No

d ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

No tiene celular nadie en el hogar Tiene 1 celular Tiene 2 celulares
Tiene 3 celulares Tiene 4 ó más celulares

e ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

Si No

f) ¿Tiene cocina con horno?

Si No

g) ¿Tiene refrigeradora?

Si No

h) ¿Tiene lavadora?

Si No

i) ¿Tiene equipo de sonido?

Si No

j) ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

No tiene TV a color en el hogar Tiene 1 TV a color Tiene 2 TV a color

Tiene 3 ó más TV a color

k) ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar Tiene 1 vehículo exclusivo

Tiene 2 vehículo exclusivo Tiene 2 vehículo exclusivo

Tiene 3 ó más vehículos exclusivos

l) ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?

Si No

m) ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

Si No

n) ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?

Si No

o) ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

Si No

p) Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

Si No

q) ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?

Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta

Secundaria completa Hasta 3 años de educación superior

4 ó más años de educación superior (sin post grado) Post grado

r) ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

Si No

s) ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?

Si No

t ¿Cuál es la ocupación del jefe o jefa del hogar? Escriba y luego seleccione el más adecuado

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas
Profesionales científicos e intelectuales Técnicos y profesionales de nivel medio
Empleados de oficina Trabajador de los servicios y comerciantes
Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros Oficiales operarios y artesanos
Operadores de instalaciones y máquinas Trabajadores no calificados
Fuerzas Armadas Desocupados Inactivos

u Tiene agua potable

Si No

5. USO DE MEDICAMENTOS Y ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA NIÑA/O

CÓDIGO NIÑA/O: _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será administrado por personal capacitado del proyecto vía telefónica o en persona, en la escuela o vivienda dependiendo de la decisión de la representante legal.

- a Durante el **ÚLTIMO MES**, ha tomado alguna de las siguientes medicinas?
Medicina para tratar bacterias (); medicina para tratar virus (); medicina para tratar parásitos intestinales (); otra medicina (); no ha tomado ninguna medicina ()
Nota: si responde que no ha tomado ninguna medicina, pase a la pregunta f
- b Si la **RESPUESTA FUE SI** a alguno de las medicinas antes indicadas incluya la siguiente información:
Antibiótico (medicina para tratar bacterias): Escriba el nombre _____ ¿Cuántos días tomó? _____ ¿Cada qué tiempo? _____ ¿Cuánto tomó (cucharadas grandes o pequeñas o tabletas o cualquier otra presentación): _____ ¿Por qué motivo tomó? _____
- Antiviral (medicina para tratar virus):** Escriba el nombre _____ ¿Cuántos días tomó? _____ ¿Cada qué tiempo? _____ ¿Cuánto tomó (cucharadas grandes o pequeñas o tabletas o cualquier otra presentación): _____ ¿Por qué motivo tomó? _____
- Antiparasitario (medicina para tratar parásitos):** Escriba el nombre _____ ¿Cuántos días tomó? _____ ¿Cada qué tiempo? _____ ¿Cuánto tomó (cucharadas grandes o pequeñas o tabletas o cualquier otra presentación): _____ ¿Por qué motivo tomó? _____
- Otra medicina:** Escriba el nombre _____ ¿Cuántos días tomó? _____ ¿Cada qué tiempo? _____ ¿Cuánto tomó (cucharadas grandes o pequeñas o tabletas o cualquier otra presentación): _____ ¿Por qué motivo tomó? _____
- c Debido a problemas de salud del niño o niña, acude de manera frecuente al médico o centro de salud:
Si No En caso de contestar que sí:
¿Qué problema de salud tiene la niña/niño? _____
¿Cada qué tiempo acude al médico o centro de salud? _____
- d Debido a problemas de salud del niño o niña, tiene que tomar alguna medicina de manera frecuente?
Si No En caso de contestar que sí:
¿Por qué motivo toma esa medicina?

- ¿Qué medicina toma? ¿Cada qué tiempo (horas/días/meses)?

- e En el último mes ¿su niño o niña ha tomado alguna medicina natural por algún motivo?: Si (), No ()
En caso de haber respondido sí:
¿Por qué motivo tomó esa medicina natural? _____ Escriba el nombre de la medicina natural _____ ¿Cuántos días tomó? _____ ¿Cada qué tiempo? _____
¿Cuánto tomó (cucharadas grandes o pequeñas o tabletas o cualquier otra presentación): _____

- f** Durante el **ÚLTIMO AÑO** ¿su niño o niña ha tomado alguna de las siguientes medicinas? Medicina para tratar bacterias (); medicina para tratar virus (); medicina para tratar parásitos intestinales (); otra medicina (); no ha tomado ninguna medicina ()

Nota: si responde que no ha tomado ninguna medicina, termine este cuestionario

- g** Si la **RESPUESTA FUE SI** a alguna de las opciones de la pregunta anterior (f), indique lo siguiente: cuántos tratamientos en el año_____; el motivo del/los tratamiento/s_____; indique si el tratamiento fue recomendado por un médico/enfermero () u otra persona (), indique quien_____
- h** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para ver?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible()
- i** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para oír?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- j** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para caminar?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- k** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para comer, vestirse, ir al baño solo/a?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- l** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño cuando habla tiene **dificultad para que le entiendan** personas fuera del hogar? No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- m** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para aprender o recordar cosas?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- n** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para concentrarse en cosas que le gustan?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()
- o** En comparación con niños o niñas de la misma edad, diría que su niña o niño tiene **dificultad para controlar su comportamiento?** No tiene ninguna (); tiene cierta dificultad (); tiene mucha dificultad (), le resulta imposible ()

6. DIARIO DE ALIMENTOS DE LA NIÑA/O

CÓDIGO NIÑA/O: _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será administrado por personal capacitado del proyecto vía telefónica o en persona, en la escuela o vivienda dependiendo de la decisión de la representante legal.

Durante un día completo, dígame que alimentos consume su niño o niña. Trate de ser lo más específico posible. Para evaluar cantidad de alimentos por usar el Manual Fotográfico de Porciones para Cuantificación Alimentaria – Ecuador 1era Edición.

Hora:	Tiempo de comida	Preparación	Listado de alimentos (tipo)	Cantidad de alimento
	Desayuno			
	Entre comida			
	Almuerzo			
	Entre comida			
	Cena			

7. ENCUESTA HABILIDADES SOCIALES (AQ-10 versión infantil)

CÓDIGO NIÑA/O (a llenar por la investigadora): _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será llenado por el padre, madre o cuidadora principal de la/el niña/o.

A continuación se solicita que marque **CON UNA X SOLAMENTE UNA DE LAS OPCIONES**, la que crea más adecuada para dar respuesta a cada una de las preguntas. Recuerde **NO EXISTEN RESPUESTAS EQUIVOCADAS**.

		Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La niña/niño con frecuencia escucha sonidos que otros no escuchan.				
2	La niña/niño tiende a ver todo, en lugar de concentrarse en los pequeños detalles.				
3	Estando en grupo, la niña/niño fácilmente puede seguir las conversaciones de personas diferentes.				
4	A la niña/niño le resulta fácil pasar de una actividad a otra.				
5	La niña/niño no sabe cómo mantener una conversación con sus compañeras/compañeros.				
6	La niña/niño es buena/bueno socializando y conversando.				
7	A la niña/niño le resulta difícil entender las intenciones o sentimientos de los personajes cuando se le lee un cuento o se le cuenta una historia.				
8	Cuando la niña/niño estuvo en preescolar, disfrutó jugar con otras/otros niñas/niños interpretando personajes o asumiendo roles.				
9	A la niña/niño le resulta fácil entender lo que alguien está pensando o sintiendo con sólo mirar su cara.				
10	A la niña/niño le resulta difícil hacer nuevos amigos.				

8. ENCUESTA EVALUACIÓN DEL SUEÑO DE LA NIÑA/O (Escala Bruni)

CÓDIGO NIÑA/O (a llenar por la investigadora): _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será llenado por el padre, madre o cuidadora principal de la niña.

A continuación se solicita que marque **CON UNA X SOLAMENTE UNA DE LAS OPCIONES**, la que crea más adecuada para dar respuesta a cada una de las preguntas. Recuerde **NO EXISTEN RESPUESTAS EQUIVOCADAS**.

1 ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?				
9-11 horas <input type="checkbox"/>	8-9 horas <input type="checkbox"/>	7-8 horas <input type="checkbox"/>	5-7 horas <input type="checkbox"/>	Menos de 5 horas <input type="checkbox"/>
2 ¿Cuánto tarda en dormirse?				
Menos de 15 minutos <input type="checkbox"/>	15-30 minutos <input type="checkbox"/>	30-45 minutos <input type="checkbox"/>	45-60 minutos <input type="checkbox"/>	Más de 60 minutos <input type="checkbox"/>

	Nunca	Ocasionalmente (1-2 veces al mes)	Algunas veces (1-2 veces por semana)	A menudo (3-5 veces por semana)	Siempre (diariamente)
3 Se va a la cama de mal humor.					
4 Tiene dificultad para quedarse dormido por la noche.					
5 Parece ansioso o miedoso mientras se queda dormido.					
6 Sacude o agita partes del cuerpo mientras se queda dormido.					
7 Realiza movimientos repetitivos, tales como mover la cabeza o rodarse por la cama mientras se queda dormido.					
8 Tiene imágenes de sus sueños que parecen reales , es decir “tiene sueños vívidos”, mientras se queda dormido.					
9 Suda excesivamente al dormirse.					
10 Se despierta más de dos veces por la noche.					

11 Despues de despertarse por la noche, tiene dificultades para dormirse nuevamente.					
12 Tiene sacudidas en las piernas o cambia a menudo de posición o patea las cobijas de la cama mientras duerme.					
13 Tiene dificultades para respirar durante la noche.					
14 Se queda sin aliento o no puede respirar mientras duerme.					
15 Ronca.					
16 Suda excesivamente durante la noche.					
17 Usted ha observado que camina dormido.					
18 Usted ha observado que habla dormido.					
19 Rechina los dientes dormido.					
20 Se despierta gritando o confundido o fuera de sí durante la noche, aunque no lo recuerda al día siguiente.					
21 Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente.					
22 Es muy difícil despertarlo por la mañana.					
23 Se despierta cansado por la mañana.					
24 Parece que no puede moverse al despertarse por la mañana.					
25 Está adormilado (somnoliento) durante el día.					
26 Se duerme de repente en situaciones o momentos inapropiados.					

9. ENCUESTA EVALUACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA DE LA NIÑA/O (IPA-Q)
CÓDIGO NIÑA/O (a llenar por la investigadora): _____

Nombres y apellidos de la niña/o: _____

NOTA: este cuestionario será llenado por el padre, madre o cuidadora principal de la niña.

A continuación se solicita que marque **ESCRIBA UNA RESPUESTA O MARQUE CON UNA X SEGÚN CREA CONVENIENTE**. Recuerde **NO EXISTEN RESPUESTAS EQUIVOCADAS**.

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	
4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	
6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	