

Situación alimentaria y nutricional de la Ciudad de Buenos Aires

Cuestionario del niño de 7 a 23 meses

Comuna Lote Encuesta Hogar N°
Calle Nro. Piso Dpto. Hab. Torre/
Cuerpo

Encuestador Nombre y apellido Código
Recepcionista Nombre y apellido Código
Supervisor Nombre y apellido Código

Visitas de encuestador

	fecha	hora		fecha	hora
1ra			4ta		
2da			5ta		
3ra			6ta		

Rechazo/incompleto

- 1 Se niega a seguir respondiendo
- 2 Se niega a contestar Recordatorio alimentario de 24 horas
- 3 El Recordatorio alimentario de 24 horas está incompleto
- 4 La guardería o jardín se niegan a completar el Recordatorio alimentario de 24 horas
- 5 La madre se niega a la medición antropométrica del niño
- 6 La madre se niega a su medición antropométrica
- 7 Otros (especificar)

Observaciones _____

1 Antecedentes del control del embarazo

Vamos a comenzar con algunas preguntas de cuando usted estuvo embarazada de _____ (mencione el nombre del niño/a)

- 1.1** Antes de quedar embarazada ¿Realizó alguna consulta médica para prepararse para el embarazo? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.2** ¿Cuánto pesaba Ud. al comenzar el embarazo? (E-S)
- Kilogramos
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.3** ¿Cuántos kilos aumentó durante el embarazo? (E-S)
- Kilogramos
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.4** ¿Ha recibido alguna información sobre la importancia de los controles en el embarazo? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐
- A pregunta 1.6

- 1.5** ¿Quién le ha brindado esa información? (E-M)
- 1 Me enseñaron en el colegio ☐
- 2 Me informó un médico ☐
- 3 Me informó otro profesional de la salud..... ☐
- 4 Me informó un familiar/ un vecino/un amigo ☐
- 5 A través de los medios de comunicación (TV, diario, revista)..... ☐
- 6 Yo misma busqué información en libros, revistas, Internet..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.6** ¿Durante el embarazo le realizaron algún control? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐
- A pregunta 1.11

- 1.7** ¿Cuánto tiempo de embarazo llevaba cuando realizó el primer control? (E-S)
- semanas
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.8** En total, ¿cuántos controles ha realizado durante el embarazo? (E-S)
- controles
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.9** ¿Dónde realizó principalmente los controles durante el embarazo? (G-S)
- 1 Hospital público..... ☐
- 2 Centro de salud ☐
- 3 Establecimiento o consultorio privado..... ☐
- 4 Centro médico barrial (CMB)..... ☐
- 5 Unidad sanitaria descentralizada (UNSAO)..... ☐
- 6 Otro (especificar) .. ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

1.10 Durante el embarazo ¿le indicaron suplemento de hierro? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div>→ A pregunta 1.12</div> </div>
1.11 ¿Lo tomó?	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
1.12 Durante el embarazo ¿le indicaron suplemento de ácido fólico? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div>→ A pregunta 1.14</div> </div>
1.13 ¿Lo tomó?	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
1.14 ¿Le han diagnosticado anemia durante el embarazo? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
1.15 ¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div>→ A pregunta 1.17</div> </div>
1.16 ¿Cuál? (G-M)	1 Presión alta <input type="checkbox"/> 2 Edemas (que requirió reposo)..... <input type="checkbox"/> 3 Traumatismos <input type="checkbox"/> 4 Infecciones (fiebre mayor a 38 °C)..... <input type="checkbox"/> 5 Otro (especificar) _____ .. <input type="checkbox"/>	
1.17 ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido, incluyendo a _____? (E-S) <i>(mencione el nombre del niño/a)</i>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>hijos</div> </div>	
1.18 ¿Cuántos de sus hijos que nacieron vivos pesaron ... (G-S)	1 menos de 2500 grs? _____ hijos 2 entre 2500 y 3000 grs? _____ hijos	
2 Antecedentes de estado nutricional de la madre		
2.1 ¿Alguna vez algún médico o integrante del equipo de salud le dijo que estaba excedida de peso, o le diagnosticaron sobrepeso u obesidad? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div>→ A pregunta 2.3</div> </div>

2.2 ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que estaba excedida de peso? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> años </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
2.3 ¿Alguna vez algún médico o integrante del equipo de salud le diagnosticó desnutrición o bajo peso? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> <div style="font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> <div> → A pregunta 3.1 </div> </div>	
2.4 ¿A qué edad le diagnosticaron desnutrición o bajo peso? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> años </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3 Niños/as de 7 a 23 meses		
Comenzaremos ahora a realizar preguntas sobre su hijo/a _____		
3.1 ¿Dónde fue el parto de _____? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Hospital público de la CABA..... <input type="checkbox"/> 2 Centro privado o de seguridad social..... <input type="checkbox"/> 3 En el hogar..... <input type="checkbox"/> 4 Otro (especificar) _____ .. <input type="checkbox"/> </div> </div>	
3.2 Cuál fue el peso del niño al nacer? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> gramos </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3.3 ¿Fue registrado el peso al nacer de _____ en libreta sanitaria o registro similar? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>	
3.4 ¿Cuál fue la edad gestacional al nacer en semanas? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> semanas </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3.5 ¿Nació en término? (E-S) <i>(según la referencia del encuestado)</i>	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>	
3.6 Nació por... (G-S)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Parto natural..... <input type="checkbox"/> 2 Cesárea..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>	
3.7 ¿Presentó el niño alguna complicación al nacer? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> <div style="font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> <div> → A pregunta 3.9 </div> </div>	

3.8 ¿Qué tipo de complicación presentó? (G-M)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;">Dificultad respiratoria.....</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>Asfixia</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Malformaciones congénitas quirúrgicas.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Infecciones</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Prematuro "en engorde"</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td>Otra (especificar) _____ ..</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9</td><td>Ns/Nc.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Dificultad respiratoria.....	<input type="checkbox"/>	2	Asfixia	<input type="checkbox"/>	3	Malformaciones congénitas quirúrgicas.....	<input type="checkbox"/>	4	Infecciones	<input type="checkbox"/>	5	Prematuro "en engorde"	<input type="checkbox"/>	6	Otra (especificar) _____ ..	<input type="checkbox"/>	9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>
1	Dificultad respiratoria.....	<input type="checkbox"/>																				
2	Asfixia	<input type="checkbox"/>																				
3	Malformaciones congénitas quirúrgicas.....	<input type="checkbox"/>																				
4	Infecciones	<input type="checkbox"/>																				
5	Prematuro "en engorde"	<input type="checkbox"/>																				
6	Otra (especificar) _____ ..	<input type="checkbox"/>																				
9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>																				
3.9 En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces concurrió al pediatra para que le efectúen controles estando sano? (E-S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N° de controles</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Ns/Nc.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div>	N° de controles		9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>															
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div>	N° de controles																					
9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>																				
3.10 ¿La mayoría de los controles los realizó en ... (G-S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;">Hospital público?</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>Centro de salud?</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Establecimiento o consultorio privado?</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Centro médico barrial (CMB)?</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Unidad sanitaria descentralizada (UNSAID)?</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td>Otro (especificar) _____ ..</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9</td><td>Ns/Nc.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Hospital público?	<input type="checkbox"/>	2	Centro de salud?	<input type="checkbox"/>	3	Establecimiento o consultorio privado?	<input type="checkbox"/>	4	Centro médico barrial (CMB)?	<input type="checkbox"/>	5	Unidad sanitaria descentralizada (UNSAID)?	<input type="checkbox"/>	6	Otro (especificar) _____ ..	<input type="checkbox"/>	9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>
1	Hospital público?	<input type="checkbox"/>																				
2	Centro de salud?	<input type="checkbox"/>																				
3	Establecimiento o consultorio privado?	<input type="checkbox"/>																				
4	Centro médico barrial (CMB)?	<input type="checkbox"/>																				
5	Unidad sanitaria descentralizada (UNSAID)?	<input type="checkbox"/>																				
6	Otro (especificar) _____ ..	<input type="checkbox"/>																				
9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>																				
3.11 ¿Cada cuántos meses cree Ud. que debería llevar a su hijo a control con el pediatra estando sano? (G-S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;">Todos los meses</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>Cada 2 meses</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Cada 3 ó 4 meses</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>1 ó 2 veces por año</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Sólo debo llevarlo cuando está enfermo</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">→ A pregunta 3.13</div>	1	Todos los meses	<input type="checkbox"/>	2	Cada 2 meses	<input type="checkbox"/>	3	Cada 3 ó 4 meses	<input type="checkbox"/>	4	1 ó 2 veces por año	<input type="checkbox"/>	5	Sólo debo llevarlo cuando está enfermo	<input type="checkbox"/>						
1	Todos los meses	<input type="checkbox"/>																				
2	Cada 2 meses	<input type="checkbox"/>																				
3	Cada 3 ó 4 meses	<input type="checkbox"/>																				
4	1 ó 2 veces por año	<input type="checkbox"/>																				
5	Sólo debo llevarlo cuando está enfermo	<input type="checkbox"/>																				
3.12 ¿Quién le informó a Ud. sobre la importancia de llevar al niño al pediatra aún estando sano? (G-S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;">Un médico</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario).....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>Un familiar o un vecino</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td>Un farmacéutico</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td>Yo misma busqué información</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Un médico	<input type="checkbox"/>	2	Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)	<input type="checkbox"/>	3	Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario).....	<input type="checkbox"/>	4	Un familiar o un vecino	<input type="checkbox"/>	5	Un farmacéutico	<input type="checkbox"/>	6	Yo misma busqué información	<input type="checkbox"/>			
1	Un médico	<input type="checkbox"/>																				
2	Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)	<input type="checkbox"/>																				
3	Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario).....	<input type="checkbox"/>																				
4	Un familiar o un vecino	<input type="checkbox"/>																				
5	Un farmacéutico	<input type="checkbox"/>																				
6	Yo misma busqué información	<input type="checkbox"/>																				
3.13 ¿Ha estado _____ internado alguna vez en el último año <i>(si el niño es menor de un año no mencionar el tiempo)?</i> (E-S)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;">Sí.....</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9</td><td>Ns/Nc.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">→ A pregunta 3.15</div>	1	Sí.....	<input type="checkbox"/>	2	No	<input type="checkbox"/>	9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>												
1	Sí.....	<input type="checkbox"/>																				
2	No	<input type="checkbox"/>																				
9	Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>																				
3.14 ¿Por qué motivo fue internado? (G-M) <i>(consigne también la cantidad de veces)</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Cantidad de Veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Infección respiratoria <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Otra infección <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mal progreso de peso <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Accidente <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Otro <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Cantidad de Veces	1	Infección respiratoria <input type="checkbox"/>		2	Otra infección <input type="checkbox"/>		3	Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>		4	Mal progreso de peso <input type="checkbox"/>		5	Accidente <input type="checkbox"/>		6	Otro <input type="checkbox"/>	
		Cantidad de Veces																				
1	Infección respiratoria <input type="checkbox"/>																					
2	Otra infección <input type="checkbox"/>																					
3	Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>																					
4	Mal progreso de peso <input type="checkbox"/>																					
5	Accidente <input type="checkbox"/>																					
6	Otro <input type="checkbox"/>																					

3.15 ¿Alguna vez le indicaron que cuidados deben tenerse cuando el niño tiene diarrea? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 3.17 </div>
3.16 ¿Quién le dio información sobre los cuidados durante la diarrea? (G-S)	1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/>	
3.17 ¿Alguna vez le indicaron qué cuidados deben tenerse cuando el niño tiene infección respiratoria alta? Por ej. Bronquiolitis/neumonía (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 3.19 </div>
3.18 ¿Quién le dio información sobre los cuidados durante una infección respiratoria alta, por ej. Bronquiolitis/neumonía? (G-S)	1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/>	
3.19 ¿Alguna vez algún profesional de la salud le dijo que su hijo pesaba muy poco o que su progreso de peso no era el adecuado o le diagnosticaron riesgo nutricional o desnutrición? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 3.24 </div>
3.20 ¿A qué edad se lo diagnosticaron? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>meses</div> </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3.21 ¿Realizó algún tratamiento para recuperar el peso? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 4.1 </div>
3.22 ¿Dónde realizó principalmente los controles para la recuperación del peso? (G-S)	1 Hospital Público <input type="checkbox"/> 2 Centro de salud <input type="checkbox"/> 3 Establecimiento o consultorio privado..... <input type="checkbox"/> 4 Centro médico barrial (CMB) <input type="checkbox"/> 5 Unidad sanitaria descentralizada (UNSAID) <input type="checkbox"/> 6 Otro (especificar) <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3.23 ¿Continúa en tratamiento para recuperar peso? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	

3.24 ¿Alguna vez algún profesional de la salud le diagnosticó a su hijo exceso de peso? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> → A pregunta 4.1 </div>
3.25 ¿Qué edad tenía _____ (nombre) cuando le diagnosticaron exceso de peso? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px;"> </div> meses 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
3.26 ¿Realizó algún tratamiento para que _____ no aumentara tanto de peso? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
4 Lactancia materna y alimentación complementaria		
4.1 ¿Tomó _____ (nombre) pecho alguna vez? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> → A pregunta 4.5 </div>
4.2 ¿Recibe pecho en la actualidad? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 4.5
4.3 ¿A qué edad dejó de alimentarlo a pecho? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px;"> </div> meses 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
4.4 ¿Por qué motivo no amamantó, o dejó de darle el pecho a su hijo? (G-S)	1 Me quedé sin leche <input type="checkbox"/> 2 El/la bebé no aumentaba de peso <input type="checkbox"/> 3 Tuve que salir a trabajar <input type="checkbox"/> 4 Me lo indicó el médico <input type="checkbox"/> 5 Me aconsejaron (familiar/amiga/vecina) que debía dejar <input type="checkbox"/> 6 Quedé embarazada <input type="checkbox"/> 7 Me enfermé <input type="checkbox"/> 8 El/la bebé se enfermó <input type="checkbox"/> 9 Es la edad a la que dejó el anterior <input type="checkbox"/> 10 Es adoptado/a <input type="checkbox"/> 11 Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 4.9
4.5 ¿Prendió a _____ (nombre) al pecho durante la primera hora después de su nacimiento? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
4.6 ¿Alguien le ayudó a prender a _____ (mencione el nombre del niño/a) al pecho, o le aconsejó sobre la mejor manera de hacerlo? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> → A pregunta 4.8 </div>

4.7 ¿Quién lo ayudó? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Puericultora <input type="checkbox"/> 4 Familiar <input type="checkbox"/> 5 Otros (especificar) [.....] .. <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.8 ¿Estuvo el niño separado de Ud. por más de 6 horas el día que nació? (E-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.9 ¿Le ofreció a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos (agua, té, jugos) aparte de la leche? (E-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> <div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; align-self: center;"> → A pregunta 4.14 </div> </div>
4.10 ¿A qué edad le ofreció a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos (agua, té, jugos) aparte de la leche? (E-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> meses </div> <div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.11 ¿Quién le dio la indicación de que le diera a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.12 ¿Dónde obtiene habitualmente el agua que utiliza para dar de beber al niño/a? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Agua de red dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> 2 Canilla fuera de la vivienda..... <input type="checkbox"/> 3 Agua de perforación <input type="checkbox"/> 4 Agua embotellada..... <input type="checkbox"/> 5 Otros (especificar) [.....] .. <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.13 ¿Qué tratamiento le da al agua para beber? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Ninguno <input type="checkbox"/> 2 La filtra <input type="checkbox"/> 3 La hierve <input type="checkbox"/> 4 Le agrega cloro..... <input type="checkbox"/> 5 Otro ¿cuál? (especificar) [.....] <input type="checkbox"/> </div> </div>
4.14 ¿Toma _____ (mencione el nombre del niño/a) otra leche que no sea la leche materna? (E-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> <div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; align-self: center;"> → A pregunta 4.18 </div> </div>

4.15 ¿A qué edad le ofreció a _____ otra leche que no sea la leche materna? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> meses	9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>
4.16 ¿Qué otra leche le ofreció al niño que no fuera la materna? (G-M)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1 Fórmula infantil preparada a partir de polvo <input type="checkbox"/> 2 Fórmula infantil líquida (en tetrabrick, cajita)..... <input type="checkbox"/> 3 Leche del plan materno infantil..... <input type="checkbox"/> 4 Leche de vaca con hierro..... <input type="checkbox"/> 5 Leche de vaca..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> </div> </div>	
4.17 ¿Quién le dió la indicación de que le diera a _____ (mencione el nombre del niño/a) otra leche? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/> 6 Lo decidí yo sola <input type="checkbox"/> </div> </div>	
4.18 ¿Le ha dado al niño algún alimento? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 4.21
4.19 A qué edad le dio el primer alimento? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> meses	9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>
4.20 ¿Quién se lo indicó? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Lo decidí yo sola <input type="checkbox"/> </div> </div>	
4.21 ¿Recibió información sobre la importancia de darle el pecho al bebé en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 4.24
4.22 ¿Cuándo recibió ésa información? (G-S)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1 Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 2 Durante el embarazo..... <input type="checkbox"/> 3 Después del parto <input type="checkbox"/> </div> </div>	

4.23 ¿Quién le brindó información sobre la importancia de darle el pecho al bebé en forma exclusiva hasta los 6 meses? (G-S)

- 1 Un médico ☐
- 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
- 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
- 4 Un familiar o un vecino ☐
- 5 Un farmacéutico ☐

4.24 ¿Alguien le explicó cómo deben prepararse las primeras papillas que se le dan al niño antes del año de edad? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 5.1

4.25 ¿Quién le explicó cómo deben prepararse esas primeras papillas? (G-S)

- 1 Un médico ☐
- 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
- 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
- 4 Un familiar o un vecino ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

4.26 Ha incorporado _____ los siguientes alimentos? A qué edad lo ha hecho? (G-M)
A continuación consigne si el niño ha incorporado, y a qué edad lo ha hecho, los siguientes alimentos:

	Alimento		Edad de incorporación (consigne en meses)
1	Puré de vegetales cocidos, jugos de frutas, puré de frutas	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
2	Yogur/postres lácteos/ queso blanco	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
3	Arroz, maíz, polenta	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
4	Trigo o harina de trigo (galletitas, pan, pastas)	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
5	Clara de huevo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
6	Cereales precocidos	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
7	Papillas listas para comer	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
8	Carnes	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	

5 Consumo de suplementos

5.1 Recibe o recibió el niño algún suplemento de minerales o vitaminas? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 5.3

5.2 A qué edad comenzó y finalizó la administración del suplemento y con qué frecuencia semanal se administró? (G-S)
Colocar el nombre comercial del suplemento

	Nombre comercial del suplemento	Edad de inicio	Edad de finalización	Días por semana
1	Hierro			
2	Vitaminas			
3	Otros minerales			

5.3 ¿Alguna vez alguien le explicó cuál es la importancia de darle el suplemento de hierro para prevenir la anemia? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 6.1

5.4 ¿Quién le informó sobre la importancia de darle al niño el suplemento de hierro? (G-S)

- 1 Un médico ☐
 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
 4 Un familiar o un vecino ☐
 5 Un farmacéutico ☐
 6 Nadie me dijo que fuera importante ☐

6 Cuidado del niño

6.1 Concorre el niño a la guardería o jardín maternal? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 6.7

6.2 ¿La guardería o jardín maternal a la que concorre es... (E-S)

- 1 privada? ☐
 2 estatal? ☐
 3 de una organización vecinal, iglesia, etc? ☐
 4 la guardería de mi trabajo? ☐

6.3 ¿Tuvo alguna dificultad para obtener la vacante e inscribir a su hijo? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

6.4 ¿Cuántas horas pasa el niño en la guardería o jardín maternal? (E-S)

- horas diarias
 9 Ns/Nc..... ☐

6.5 ¿Qué tipo de prestación recibe el niño en la guardería o jardín maternal? (G-M)	1 Desayuno..... <input type="checkbox"/> 2 Almuerzo..... <input type="checkbox"/> 3 Refrigerio <input type="checkbox"/> 4 Refuerzo <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
6.6 ¿Qué tipo de leche recibe el niño en la guardería o jardín maternal? (G-M)	1 Materna <input type="checkbox"/> 2 Fórmula infantil..... <input type="checkbox"/> 3 Leche de vaca..... <input type="checkbox"/> 4 Otras..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
6.7 Concorre el niño a comedor comunitario? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	} → A pregunta 6.9
6.8 ¿Qué tipo de prestación recibe el niño en el comedor? (G-M)	1 Desayuno..... <input type="checkbox"/> 2 Almuerzo..... <input type="checkbox"/> 3 Refrigerio <input type="checkbox"/> 4 Merienda <input type="checkbox"/> 5 Cena..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
6.9 ¿Cuántas horas está Ud. (la madre) fuera del hogar habitualmente (por trabajo u otras actividades) (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> horas diarias 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
6.10 Cuando Ud. <u>no</u> está al cuidado de su hijo ¿Quién lo cuida? (G-S)	1 Otros familiares (mayores de edad)..... <input type="checkbox"/> 2 Hermanos menores de edad <input type="checkbox"/> 3 Un vecino/a <input type="checkbox"/> 4 Va a guardería o jardín maternal <input type="checkbox"/> 5 Personal contratado (niñera) <input type="checkbox"/>	
6.11 ¿Alguien le ha hablado con respecto a la importancia que tiene jugar con los niños y estimularlos para su crecimiento y desarrollo? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	} → A pregunta 7.1
6.12 ¿Le han dado consejos prácticos sobre cómo estimular al niño? (Cantar, hablar, mostrar colores, paseo, sonrisa materna, mirada a los ojos) (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	} → A pregunta 7.1

6.13 ¿Quién le ha hablado con respecto a la importancia de estimular a los niños (G-S)

- 1** Un médico ☐
2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario)..... ☐
4 Un familiar o un vecino ☐
5 Asociación vecinal o comunitaria..... ☐
9 Ns/Nc..... ☐

7 Recordatorio alimentario de 24 horas del niño

7.1 El tipo de alimentación realizada ayer...

- 1** Fue como la de cualquier otro día..... ☐
2 Fue diferente de la habitual porque:
1 estuvo enfermo ☐
2 a dieta ☐
3 día festivo..... ☐

7.2 El día de ayer fue...

- 1** Día de semana ☐
2 Fin de semana ☐
3 Feriado ☐

7.3 Realiza algún tipo de dieta especial

- 1** Sí..... ☐
2 No..... ☐

→ ¿Cuál? _____
Motivo _____

7.4 En cada momento de comida consigne todos los alimentos, preparaciones, bebidas, golosinas, snacks, etc, consumidos en el día anterior. En caso de alimentos que no fueron adquiridos por el hogar, consigne el origen del alimento (programa social, recolección urbana). Consigne también suplementos de minerales y vitaminas. Dosis diaria y momento.

[illegible]

7.5 Resumen de recordatorio de 24 hs.

[illegible]

8 valoración antropométrica

8.1 Peso del niño

Kgs.

8.2 Longitud corporal

Cms.

8.3 Pesado sin ropas

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

8.4 Pesado con ropa

(especificar tipo de prenda).....

.....
.....

Observaciones.....

.....
.....
.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Esta es una encuesta que está llevando adelante la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, junto con el Ministerio de Desarrollo Social y el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

La encuesta tiene por objetivo conocer la situación alimentaria y nutricional de los niños, niñas, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, embarazadas y adultos mayores residentes en la Ciudad.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en recabar información referida a estos temas y se pesará y medirá al niño.

Se resguardará la identidad de los menores incluidos en esta prueba

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y desde ya agradecemos su colaboración.

Yo, en mi carácter de madre/padre/tutor, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo del estudio, acepto participar en la encuesta de la situación alimentaria y nutricional de la Ciudad de Buenos Aires.

Fecha

Firma