

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de su otra madre y/o su otro padre:

¿Cuál fue el último año de estudios aprobado por?:	Ningún curso aprobado	Enseñanza Básica								Enseñanza Media				Educación Superior							Post Grado	No sabe/ No aplica	
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º			
11.1 Otra madre																							
12.1 Otro padre																							

Marque con una equis (X) la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
14. La madre					
15. El padre					
16. El/la jefe/a de familia					

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee su otra madre y/o su otro padre:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
14.1. Otra madre.					
15.1. Otro padre.					

Antecedentes de ocupación de los padres del/la niño/a:

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la niño/a durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a independiente	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
17. De la madre												
18. Del padre												
19. Del/la jefe/a de familia												

Si en la pregunta B5, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente (SÓLO UNA) la Situación Ocupacional que posee su otra madre y/o su otro padre durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a independiente	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
17.1 Otra madre												
18.1 Otro padre												

Antecedentes de la vivienda que habita el/la niño/a:

20. Clasifique cuál es el tipo de vivienda en la que vive el/la niño/a. Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la situación de la vivienda que habita.

Casa	Departamento en edificio	Pieza en casa antigua o conventillo	Mejora o mediagua	Rancho, choza	Vivienda tradicional indígena	Vivienda precaria de materiales reciclados (latas, plásticos, cartones)

21. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan SÓLO PARA DORMIR? (*) (**)

(*) No contestan niños/as que viven en Residencias SENAME o de protección.

(**) Se debe contestar con números, según corresponda.

	Sí	No	No sabe
22. El/la niño/a, ¿tiene una cama de uso EXCLUSIVO para él/ella?			

	Sí	No	No, pero se habilita cuando se necesita	No Sabe
23. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la niño/a que le permita jugar?				
24. ¿La vivienda de la familia se encuentra accesible por cercanía y/o tiempo de traslado a algún Servicio de Salud Público (Hospital, Consultorio de Atención Primaria, Centro de Salud Familiar (CESFAM) o Posta)?				
25. ¿La vivienda de la familia se encuentra cercana a uno o más lugares públicos de recreación que le permita al/a la niño/a realizar juegos o actividades físicas y/o recreativas?				

C. ANTECEDENTES DE SALUD DEL/LA NIÑO/A:

Condición de salud del/la niño/a:

1. Según su percepción, en el último mes y comparado con otros/as niños/as de la misma edad ¿qué tan problemático ha sido para el/la niño/a completar una tarea o actividad?

Para responder, por favor considere las ayudas que recibe el/la niña para realizar la actividad, ya sea ayuda de terceros, medicamentos que consume y todos los dispositivos de apoyo, tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, entre otros.

Nada problemático	Levemente problemático	Moderadamente problemático	Severamente problemático	Extremadamente problemático/ No puede hacerlo	No sabe

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la niño/a para realizar ciertas actividades, debido SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD y sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le ayudan

	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Dificultad extrema / Imposibilidad	No sabe
2. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes?						
3. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?						
4. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar?						
5. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle (comprenderlo) a usted y a otros?						
6. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender?						
7. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? Por ejemplo, cuando se le pide terminar una tarea o frente a una negación.						
8. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as?						

9. Debido a su salud, ¿el/la niño/a utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas?

(Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.)

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

10. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas debido a su salud?

Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

11. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la niño/a?

Desnutrido/a	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obeso/a

12. El/la niño/a ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo?

Sí		NO		No sabe	
----	--	----	--	---------	--

13. Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

Asma	Bronco Pulmonar	Diabetes tipo I	Diabetes tipo II	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad Celíaca	Dislipidemia	Alergia alimentaria	Intolerancia a la lactosa	Trastornos del espectro autista	Trastorno de déficit atencional e hiperactividad	Trastorno de ansiedad generalizada	Otra

Salud Bucal

14. Presencia de Caries

Una caries	Dos o más caries	No se observan caries	No se puede evaluar

15. Si tiene caries, ¿El niño/ la niña se encuentra en tratamiento dental?

Sí	No	No sabe

16. El/la niño/a, ¿a qué edad visitó por primera vez al/la dentista?

Antes de los dos años	A los dos años	A los tres años	A los cuatro años	Después de los 4 años	No lo ha visitado	No sabe

17. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita del/la niño/a al/la dentista?

Control Odontológico	Caries	Dolor	Traumatismo dental	Otro, ¿Cuál?	No sabe

18. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el/la niño/a ha visitado al dentista?

1 vez	2 veces	Más de 2 veces	No lo ha visitado	No sabe

19 ¿Algún profesional de la salud le ha enseñado a Ud. cómo cuidar la dentadura de su hijo/a o pupilo/a?

Sólo me informaron algo rápido, pero no aprendí nada.	Sí, me enseñaron y aprendí algunas cosas, pero aún tengo muchas dudas.	Sí, me enseñaron y me siento bien preparada/o para cuidar su dentadura.	Nunca me han enseñado cómo cuidar la salud bucal de mi niño/a.	No sabe.

Control Sano

20. El/la niño/a, ¿asiste regularmente a sus controles de salud (Control Sano u otros)?

Sí	No	No sabe

21. ¿Cuál fue la fecha del último control de salud del/la niño/a?

Mes	Año

D. ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA Y ESTIMULACIÓN DEL/LA NIÑO/A

Antecedentes Primera Infancia

Marque en la casilla de la derecha el número que corresponda

	Años	No sabe
1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la niño/a?		
2. ¿Qué edad tenía la madre del/la niño/a al momento de su primer parto?		

3. ¿Cuánto pesó el/la niño/a al nacer?

Peso	Grs.	No sabe

4. ¿Fue prematuro/a? (nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos)

Sí	No	No sabe

Señalar con una (X) en el casillero correspondiente

	Sí	No	No sabe
5. ¿El embarazo del/la estudiante fue de riesgo? (por ejemplo: diabetes gestacional, embarazo ectópico, preeclampsia, entre otros.)			

6. El/la niño/a, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA?	No recibió lactancia materna	Entre 1 y 4 meses	Entre 5 y 6 meses	Más de 7 meses	No sabe

Antecedentes de la escolaridad del/la niño/a

Marque una equis (X) en la casilla correspondiente a la respuesta de cada una de las siguientes preguntas:		Sí	No	No sabe
El/la niño/a asistió a:	7. Sala cuna			
	8. Jardín Infantil (Nivel Medio)			
	9. Pre Kínder (Transición I)			

Paternalidad

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la niño/a:	Sí, Siempre	Sólo en algunos períodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe
10. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la niño/a? (Juega con él/ella, lo/a lleva al establecimiento, lo/a lleva a médico, lo/a cuida cuando está enfermo/a, lo/la calma cuando llora, etc.)					

11. ¿Qué persona representa la figura paterna presente en la crianza del/la niño/a:

Padre biológico o adoptivo	Pareja de la madre	Hermano mayor	Tío	Abuelo	Otro familiar	Otro no familiar	No sabe/ No aplica

Estimulación y apoyo

Durante el ÚLTIMO MES, ¿con qué frecuencia usted o el/la cuidador/a principal ha realizado las siguientes actividades con el/la niño/a:	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
12. Leyó con él o ella o le contó historias?					
13. Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña?					
14. Pintó o escribió junto al niño o la niña?					
15. Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?					
16. Realizó alguna actividad deportiva o recreativa?					
17. Jugó con él o ella en una plaza o parque público?					
18. Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio?					

19. ¿Tiene el/la niño/a acceso en el hogar a un computador (PC, notebook o tablet) con conexión a internet para usarlo en sus actividades escolares?

Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde:

Sí, puede usarlo cada vez que lo necesita	Sí, pero no puede usarlo cada vez que lo necesita	No	No sabe

20. Considerando los últimos 7 días, señale con qué frecuencia, el/la niño/a realizó más de 30 minutos de actividades recreativas o físicas tanto en la casa como el establecimiento educacional.	Ninguna vez	1 vez a la semana	2 a 3 veces	4 veces	5 o más veces	No sabe/No responde

Crianza

21. La mayor parte del tiempo, la crianza de el/la niño/niña me resulta fácil...

Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe

A continuación, se describen diferentes situaciones que se podrían enfrentar durante la crianza de niños/as. Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde si, DURANTE EL ÚLTIMO MES, ha sentido que está viviendo algunas de ellas:	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
22. Siento que no tengo herramientas para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.			
23. Siento que no cuento con apoyo para regular las emociones y/o comportamiento de mis hijos/as.			
24. En el contexto de la crianza, en ocasiones me siento solo/a y muy triste y sin ganas de hacer nada			
25. Siento que criar a mi hijo/a es demasiado desafiante y agobiante			

Cuento con apoyo para la crianza por parte de...	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe
26. Familia					

15. Alimentos ultra procesados (con más de 5 ingredientes) o con sellos "ALTOS EN" (1 unidad= 1 paquete individual o una taza del producto)									
16. Pan 1 unidad = 1 pan tipo hallulla o 2 dientes de la marraqueta o 1 arepa o similar.									

17. ¿Cuál es el tipo de alimentación que practica el niño o la niña? Señale la opción elegida con una X.

Dieta omnívora Come productos tanto de origen animal como vegetal.	Dieta vegana Sólo come alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, granos y cereales, nueces y semillas). No come ningún producto animal (carne roja, aves, pescado, huevos, lácteos, incluso la miel).	Dieta ovo-lacto-vegetariana Come huevos y productos lácteos, como leche, queso, yogurt, etc. No come carnes rojas, aves o pescado.	Dieta lacto-vegetariana Consumo productos lácteos y de origen vegetal. No come huevos ni carnes rojas, aves o pescado.	Dieta especial por condición de salud	No sabe

18. Señale con una X, ¿Con qué frecuencia, el niño o la niña come porque se siente triste, deprimido/a, enojado/a, frustrado/a, ansioso/a o nervioso/a?

Nunca	Pocas veces	A veces	Siempre	No sabe

Entornos alimentarios (Acceso y disponibilidad de alimentos)

La familia, ¿ha tenido alguna dificultad para adquirir los siguientes alimentos? Marque con una X sólo una opción por alimento.	Sí	No	No consume	No sabe
19. Carnes				
20. Pescados, mariscos y algas				
21. Abarrotes				
22. Frutas				
23. Verduras				
24. Legumbres				
25. Lácteos				

26. Si ha tenido alguna dificultad para adquirir uno o más alimentos, responda brevemente ¿Cuáles fueron?

La familia, ¿cómo se abastece principalmente de los siguientes alimentos? Señale con una X la opción que más utiliza.	Negocios cercanos (almacén, mini market)	Supermercados	Del propio huerto o crianza	Intercambio con vecinos	Compra a vecinos	Caleta, mercado o feria	Marisca o pesca	Otro (ejemplo: olla común, comprando juntos, donaciones)	No aplica, no consume ese alimento	No sabe
27. Carnes							<input checked="" type="checkbox"/>			
28. Pescados, mariscos y algas			<input checked="" type="checkbox"/>							
29. Abarrotes			<input checked="" type="checkbox"/>							
30. Frutas							<input checked="" type="checkbox"/>			
31. Verduras							<input checked="" type="checkbox"/>			
32. Legumbres							<input checked="" type="checkbox"/>			
33. Lácteos							<input checked="" type="checkbox"/>			

34. ¿Con qué frecuencia, la familia se abastece de los alimentos? Marque con una X, la opción que más ocupa.	Diariamente	Una vez por semana	Cada quince días	Una vez al mes	No sabe

MUCHAS GRACIAS POR HABER COMPLETADO LA ENCUESTA.