



# FORMULARIO NIÑOS-NIÑAS

## European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)

### Estudio ALADINO 2019



Código del alumno/a

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

- Nombre del centro escolar: .....
- Nombre y Apellidos del niño/a: .....
- Sexo: <sup>(1)</sup> Hombre <sup>(2)</sup> Mujer **Curso:** .....
- Fecha de nacimiento del niño/a: **DIA:** \_\_\_\_ **MES:** \_\_\_\_ **AÑO:** \_\_\_\_

Localidad de residencia (donde vive el niño/a): .....

#### P.1 ¿Has desayunado esta mañana?

- <sup>(1)</sup> Sí <sup>(2)</sup> Sí, una bebida (ej: leche, infusiones o zumo) <sup>(9)</sup> No

#### P.2 ¿Qué has desayunado? (entrevistador/a; marcar todo lo que nos diga el niño/a que ha desayunado)

Leche	<input type="checkbox"/> (1)
Bebidas de soja, avena, almendra	<input type="checkbox"/> (2)
Batidos lácteos	<input type="checkbox"/> (3)
Yogurt, queso u otros lácteos	<input type="checkbox"/> (4)
Chocolate, cacao	<input type="checkbox"/> (5)
Pan, tostadas	<input type="checkbox"/> (6)
Galletas	<input type="checkbox"/> (7)
Cereales de desayuno, otros cereales	<input type="checkbox"/> (8)
Bollería	<input type="checkbox"/> (9)
Fruta fresca	<input type="checkbox"/> (10)
Zumo natural o casero	<input type="checkbox"/> (11)
Zumo envasado	<input type="checkbox"/> (12)
Otros alimentos (huevos, jamón...)	<input type="checkbox"/> (13)

## **MEDIDAS ANTROPÓMETRICAS DEL NIÑO O NIÑA**

**P.3 Fecha de la medición** Día   Mes   Año

**P.4 Hora de la medición**

Hora   Minuto    (1) Antes de comer  (2) Después de comer

**P.5 A continuación me gustaría pesarte, medir tu altura, cintura y caderas, explicándote cómo voy a hacerlo. ¿Estás de acuerdo a que tome estas medidas?**

(1) Si, el niño/a acepta a ser medido  (2) No, el niño/a no acepta ser medido (rellenar 5a)

**P.5a ¿Puedes decirme, por favor, por qué no quieres que tome estas medidas?**

- (1) El niño/a no se siente bien o tiene dolores  
 (2) El niño/a está ansioso/a o nervioso/a  
 (3) El niño/a tiene una discapacidad  
 (4) Otro motivo (especificar) .....

## **MEDIDAS ANTROPÓMETRICAS DEL NIÑO O NIÑA**

<b>P.6 PESO CORPORAL</b>	KG								
<b>P.7 ESTATURA/TALLA</b>	1º MEDIDA (cm)								
	2º MEDIDA(cm)								
<b>P.8 CIRCUNFERENCIA DE CINTURA</b>	CM								
<b>P.9 CIRCUNFERENCIA DE CADERA</b>	CM								

**P.10. Describa la ropa que el niño/a viste durante las mediciones (seleccionar solo una opción). Por favor, recuerde quitarse los zapatos, calcetines, medias o leotardos, y objetos que pesen (teléfono, cinturón, cartera, etc.)**

- (1) Solo ropa interior  
 (2) Ropa de gimnasia (p.e solo pantalón corto y camiseta)  
 (3) Ropa ligera (p.e. camiseta y pantalones o falda de algodón)  
 (4) Ropa pesada (p.e vaqueros y jersey)  
 (5) Otros (especificar) .....

Observaciones del examinador: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del entrevistador: \_\_\_\_\_