



FORMULARIO FAMILIAS

European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)

Estudio ALADINO 2019



Estimado/a padre/madre/tutor

Esta encuesta se lleva a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y en colaboración con las Consejerías y Departamentos de Educación y Sanidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas. El Estudio ALADINO se realiza en España como parte de una iniciativa de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-Europa en más de 40 países. Su objetivo es promover la salud y el bienestar de los niños y niñas en la educación primaria.

El aula de su niño/a ha sido seleccionada para participar. La participación en el estudio consistirá en que rellene este cuestionario que trata sobre la salud de su niño/a y las actividades que realiza que pueden influir en su bienestar. Por ello, nos gustaría que respondiera este cuestionario, si es posible junto con su niño/a. La información que nos proporcione será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para niños y niñas como el/la suyo/a. Su niño/a puede devolver el cuestionario cumplimentado a su profesor/a en el mismo sobre donde se lo enviamos. Además, en los próximos días un técnico de nuestro equipo de la empresa DEMOMETRICA, que ha sido contratada por AESAN, acudirá al centro a tomar medidas de peso, talla, perímetro de cintura y cadera de los niños/as.

La información recogida en el cuestionario es totalmente confidencial y no será revelada a nadie en el colegio. Será utilizada únicamente para propósitos de investigación y monitorización. Su nombre, dirección y otra información personal será eliminada en la base de datos. Solo un código será utilizado para vincular su nombre y sus respuestas de manera que no pueda ser identificado.

Si tiene alguna duda sobre esta encuesta o el estudio puede contactar con el teléfono gratuito 900 10 17 49 o por email: aladino2019@mscbs.es. Le agradecemos sinceramente su valiosa colaboración, que ayudará a mejorar la salud de nuestros niños y niñas.

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

Código del alumno/a: _____

• Nombre del centro escolar:

• Nombre y Apellidos del niño/a:

• Sexo: ☐ (1) Hombre ☐ (2) Mujer Curso:

• Fecha de nacimiento del niño/a : DIA: ____ / MES: ____ / AÑO: ____

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

P.1 ¿Cual es su relación con el niño/a?

☐ (1) Soy su madre ☐ (2) Soy su padre ☐ (9) Otros (especificar)

P.2 ¿Cuál fue el peso, aproximado, del niño/a al nacer? kg gramos ☐ (9) No recuerdo

P.3 ¿Su niño/a nació en la fecha esperada, fue prematuro o nació después de la fecha esperada?

Nació tarde (42 semanas o más)	☐ (1)
En tiempo (37 a 41 semanas)	☐ (2)
Algo prematuro (33 a 36 semanas)	☐ (3)
Muy prematuro (32 semanas o menos)	☐ (4)
No lo recuerdo	☐ (9)

P.4 ¿Recibió su niño/a lactancia materna?

☐ (1) No (pasar a P6) ☐ (2) Si, pero menos de 1 mes ☐ (3) Si, _____ meses ☐ (9) No lo sé

P.5 ¿Recibió su niño/a lactancia materna de forma exclusiva? (Lactancia materna exclusiva significa que solo se alimentó de leche materna, no de otros alimentos sólidos o líquidos, con la excepción de soluciones de rehidratación oral, vitaminas o medicamentos)

☐ (1) No ☐ (2) Si, pero menos de 1 mes ☐ (3) Si, _____ meses ☐ (9) No recuerdo ☐ (8) No lo sé

CARACTERISTICAS DE ESTILOS DE VIDA DEL NIÑO/A

P.6 ¿Qué distancia hay desde su hogar al colegio donde va su niño/a?

☐ (1) Menos de 1 km ☐ (2) Entre 1 y 2 km ☐ (3) Entre 3 y 4 km ☐ (4) Entre 5 y 6 km ☐ (5) Más de 6 km

P.6a y P.6b ¿Cómo va al colegio y regresa de éste habitualmente? Marque la forma más habitual

IDA AL COLEGIO		REGRESO DEL COLEGIO	
Caminando	☐ (1)	Caminando	☐ (1)
Bicicleta, skate, patinete no motorizado	☐ (2)	Bicicleta, skate, patinete no motorizado	☐ (2)
Autobús del colegio o transporte público	☐ (3)	Autobús del colegio o transporte público	☐ (3)
Vehículos privados (coche, moto....)	☐ (4)	Vehículos privados (coche, moto....)	☐ (4)

P.6c Si su niño/a no va caminando o en bicicleta, o patinando o en patinete no motorizado de su casa a la escuela o viceversa, indique por qué razón o razones.

La ruta no es segura	☐ (1)
El colegio está muy lejos de su casa	☐ (2)
El niño/a realiza suficiente actividad física durante el día	☐ (3)
Falta de tiempo	☐ (4)
Otros motivos (especificar): _____	☐ (9)

P.7 Según su opinión, ¿son seguras para su niño/a las rutas de ida y vuelta del colegio, ya sea para ir andando, en bicicleta, en skate o patinete no motorizado?

Totalmente seguras

(p.e. caminos peatonales, y/o carril bici, y es un barrio seguro)

Totalmente inseguras

(p.e. no tiene caminos peatonales, y/o carril bici, y es un barrio inseguro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

P.8 ¿Qué distancia hay desde su hogar a un polideportivo, zonas verdes donde pueda ir su niño/a practicar deporte?

☐ (1) Menos de 1 km ☐ (2) Entre 1 y 2 km ☐ (3) Entre 3 y 4 km ☐ (4) Entre 5 y 6 km ☐ (5) Más de 6 km

P.9 La zona deportiva o polideportivo que acaba de mencionar es:

☐ (1) Público ☐ (2) Privado ☐ (9) No sé

P.10 ¿Es su niño/a miembro de uno o más clubs de tipo deportivo o de baile (ej. fútbol, atletismo, hockey, natación, tenis, baloncesto, judo, taekwondo, gimnasia, ballet, entrenamiento físico, bailes de salón, etc.) o da clases de los mismos?

☐ (1) Sí (continúe con la pregunta 10a) ☐ (2) No (continúe con la pregunta 11)

P.10a En una semana normal (incluido el fin de semana), ¿cuántas horas pasa su niño/a en este tipo de actividades deportivas y físicas?

☐ (9) No hace	☐ (6) 6 horas por semana
☐ (1) 1 hora por semana	☐ (7) 7 horas por semana
☐ (2) 2 horas por semana	☐ (8) 8 horas por semana
☐ (3) 3 horas por semana	☐ (9) 9 horas por semana
☐ (4) 4 horas por semana	☐ (10) 10 horas por semana
☐ (5) 5 horas por semana	☐ (11) 11 horas por semana

P.11 ¿A qué hora se levanta y se acuesta habitualmente su niño/a?

	Días laborables	Días festivos
Acostarse	horas minutos	horas minutos
Levantarse	horas minutos	horas minutos

P.12 En su tiempo libre, durante una semana normal, ¿cuántas horas al día dedica habitualmente su niño/a a jugar o hacer ejercicio de forma intensa? (por ejemplo, correr, saltar, nadar, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, juegos competitivos (fútbol, voleibol, baloncesto...) realizados fuera de casa o hacer ejercicio o juegos intensos dentro de casa que hacen sudar.

RESPONDER TANTO PARA LOS DÍAS ENTRE SEMANA COMO PARA LOS FINES DE SEMANA

Entre semana	Fin de semana
☐ (9) Ninguna	☐ (9) Ninguna
☐ (1) Menos de 1 hora al día	☐ (1) Menos de 1 hora al día
☐ (2) Alrededor de 1 hora al día	☐ (2) Alrededor de 1 hora al día
☐ (3) Alrededor de 2 horas al día	☐ (3) Alrededor de 2 horas al día
☐ (4) Alrededor de 3 horas al día, o más	☐ (4) Alrededor de 3 horas al día, o más

P.13 Aparte del tiempo en el colegio, durante una semana normal, ¿cuántas horas al día dedica habitualmente su niño/a a realizar los deberes o leer libros, ya sea en casa o en otro lugar?

RESPONDER TANTO PARA LOS DÍAS ENTRE SEMANA COMO PARA LOS FINES DE SEMANA

Entre semana	Fin de semana
☐ (9) Ninguna	☐ (9) Ninguna
☐ (1) Menos de 1 hora al día	☐ (1) Menos de 1 hora al día
☐ (2) Alrededor de 1 hora al día	☐ (2) Alrededor de 1 hora al día
☐ (3) Alrededor de 2 horas al día	☐ (3) Alrededor de 2 horas al día
☐ (4) Alrededor de 3 horas al día, o más	☐ (4) Alrededor de 3 horas al día, o más

P.14 Aparte de los deberes del colegio, ¿cuánto tiempo emplea su niño/a en ver la televisión o usar aparatos electrónicos, como ordenador, tablet, teléfono u otros (excepto videojuegos de actividad física), tanto en casa como fuera (internet café, centros de juego/game centres, etc.)?

RESPONDER TANTO PARA LOS DÍAS ENTRE SEMANA COMO PARA LOS FINES DE SEMANA

Entre semana	Fin de semana
☐ (9) Ninguna hora	☐ (9) Ninguna hora
_____ Número de horas por día	_____ Número de horas por día

P.14a, p14b, p14c. Tiene su niño/a.....

P14a ¿Ordenador para uso personal en su habitación?	☐ (1) Sí	☐ (2) No
P14b ¿Televisión o DVD para uso personal en su habitación?	☐ (1) Sí	☐ (2) No
P14c ¿Consola de juegos en su habitación?	☐ (1) Sí	☐ (2) No

P.15 En una semana normal, ¿con qué frecuencia desayuna su niño/a (algo más que una bebida como por ejemplo leche, zumo, té o infusiones)...

Nunca	Algunos días (1-3 días)	La mayoría de días (4-6 días)	Todos los días
☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)

P.15a ¿Qué desayuna habitualmente su niño/a? (Puede marcar varias opciones)

Nada, no suele desayunar	☐ (1)
Leche	☐ (2)
Bebidas de soja, avena, almendra	☐ (3)
Batidos lácteos	☐ (4)
Yogurt, queso u otros lácteos	☐ (5)
Chocolate, cacao	☐ (6)
Pan, tostadas	☐ (7)
Galletas	☐ (8)
Cereales de desayuno, otros cereales	☐ (9)
Bollería	☐ (10)
Fruta fresca	☐ (11)
Zumo de fruta y/o verdura naturales o envasados	☐ (12)
Bebidas o néctares de fruta y/o verdura con azúcares añadidos	☐ (13)
Otros alimentos (huevos, jamón...)	☐ (14)

P.16 En una semana normal, ¿con qué frecuencia come o bebe su niño/a los siguientes alimentos o bebidas? Nos referimos a todas las ingestas que realiza a lo largo de un día (desayuno, media mañana, comida, merienda y/o cena)

	Nunca	Menos de 1 vez a la semana	Algunos días (1-3 días)	Casi todos los días (4-6 días)	Todos los días
1. Fruta fresca	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
2. Verduras incluyendo sopas de verduras y excluyendo patatas	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
3. Zumo de fruta y/o verdura naturales o envasados	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
4. Bebidas o néctares de fruta y/o verdura con azúcares añadidos	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
5. Refrescos con azúcar	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
6. Refrescos sin azúcar (light, zero o diet)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
7. Cereales desayuno; por favor lea la etiqueta nutricional del producto y escriba aquí la cantidad/contenido en azúcares: _____g/100g	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
8. Leche desnatada	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
9. Leche semidesnatada	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
10. Leche entera	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
11. Bebidas de soja, avena, almendras....	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
12. Batidos	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
13. Queso	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
14. Yogur, natillas, queso fresco, crema de queso u otros productos lácteos	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
15. Carne	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
16. Pescado	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
17. Snacks saldos (patatas fritas, maíz frito, palomitas o cacahuètes)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)

	Nunca	Menos de 1 vez a la semana	Algunos días (1-3 días)	Casi todos los días (4-6 días)	Todos los días
18. Frutos secos naturales	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
19. Caramelos, golosinas o chocolate	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
20. Galletas, pasteles o bollos	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
21. Pizzas, patatas fritas, hamburguesas, salchichas o empanadas	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
22. Huevos	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
23. Pasta o arroz	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
24. Pan blanco	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
25. Pan integral	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
26. Legumbres (lentejas, garbanzos...)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
27. Aceite de oliva	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
28. Mantequilla	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
29. Margarina	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)

P.16a A continuación le pedimos que conteste a más preguntas sobre consumo de alimentos, pero formuladas de otra manera. Aunque algunos productos se repiten, por favor, contéstelas también aunque haya contestado la pregunta 16.

	SI	NO
1. Toma una fruta o un zumo natural todos los días	☐ (1)	☐ (2)
2. Toma una 2ª pieza de fruta todos los días	☐ (1)	☐ (2)
3. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	☐ (1)	☐ (2)
4. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)	☐ (1)	☐ (2)
5. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	☐ (1)	☐ (2)
6. Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana	☐ (1)	☐ (2)
7. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	☐ (1)	☐ (2)
8. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	☐ (1)	☐ (2)
9. Se utiliza aceite de oliva en casa	☐ (1)	☐ (2)
10. Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día	☐ (1)	☐ (2)
11. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	☐ (1)	☐ (2)
12. ¿Consulta el etiquetado nutricional cuando adquieren alimentos envasados?	☐ (1)	☐ (2)

P.17 En su opinión, su niño/hija tiene el peso:

☐ (1) Peso demasiado bajo ☐ (2) Peso normal ☐ (3) Ligero sobrepeso ☐ (4) Mucho sobrepeso

CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD FAMILIAR

Las siguientes preguntas tratan sobre aspectos de su salud y la de su familia:

P.18 ¿Le han diagnosticado a usted o algún miembro de su familia, bien por un médico/a o un enfermero/a de?:

	Sí	No	No lo sé
1.Diabetes	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)
2.Hipertensión arterial	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)
3.Colesterol alto	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)

P.19 Nos gustaría preguntarle sobre el peso, altura y edad del padre/madre del niño/a (sino lo sabe exacto el que recuerde que fue el último, el más aproximado al día de hoy):

	Madre del niño/a	Padre niño/a
Peso (en kg)		
Altura (en cm)		
Edad		

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FAMILIA

Este último bloque de preguntas trata sobre aspectos generales de usted y su familia:

P.20 En el hogar donde vive su niño/a la mayor parte del tiempo (>50%) por favor, marque y escriba en las casillas el número de personas que viven en el hogar.

Madre	☐ (1)	
Padre	☐ (2)	
Pareja de la madre	☐ (3)	
Pareja del padre	☐ (4)	
Es un centro/hogar/residencia de acogida de menores	☐ (5)	
		Número
Hermano (s)/hermanastro (s)	☐ (6)	
Hermana (s)/hermanastra (s)	☐ (7)	
Abuelo (s)	☐ (8)	
Abuela (s)	☐ (9)	
Alguien más (especifique)	☐ (10)	

P.21 Nos gustaría conocer en qué país ha nacido el niño/a, su madre y su padre.

	Niño/a	Madre del niño/a	Padre del niño/a
España	☐	☐	☐
Otro país (especificar)			

P.22 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que han realizado usted y su pareja? Seleccione una sola respuesta para cada uno.

Usted	Esposo/esposa/pareja
☐ (1) Primaria o equivalente o menos	☐ (1) Primaria o equivalente menos
☐ (2) Secundaria o equivalente	☐ (2) Secundaria o equivalente
☐ (3) Bachillerato superior, FP o equivalente	☐ (3) Bachillerato superior, FP o equivalente
☐ (4) Diplomatura/Grado/Licenciatura	☐ (4) Diplomatura/Grado/Licenciatura
☐ (5) Doctorado/Master	☐ (5) Doctorado/Master
☐ (9) Otro (especificar) _____	☐ (9) Otro (especificar) _____
	☐ (10) No tengo esposo/a o pareja

P.23 ¿Cuál fue el nivel de ingresos brutos en su hogar el año pasado?

☐ (1) Menos de 12.000€	☐ (6) Entre 36.001 y 42.000€
☐ (2) Entre 12.000 y 18.000€	☐ (7) Entre 42.001 y 48.000€
☐ (3) Entre 18.001 y 24.000€	☐ (8) Mas de 48.000 €
☐ (4) Entre 24.001 y 30.000€	☐ (9) Ns/Nc
☐ (5) Entre 30.001 y 36.000€	

P.24 Por favor, marque la opción que más se aproxime a su situación

- ☐ (1) Llegamos fácilmente a fin de mes con nuestros ingresos
- ☐ (2) Llegamos con alguna dificultad a fin de mes con nuestros ingresos
- ☐ (3) Tenemos problemas para llegar a fin de mes con nuestros ingresos.
- ☐ (4) No llegamos a fin de mes con nuestros ingresos.

P.25 ¿Cuál de las siguientes respuestas describe mejor su situación laboral y la de su pareja en los últimos 6 meses?

Usted	Esposo/a pareja
☐ (1) Trabajo a jornada completa	☐ (1) Trabajo a jornada completa
☐ (2) Trabajo a media jornada	☐ (2) Trabajo a media jornada
☐ (3) Trabajo doméstico no remunerado (Amo/a de casa)	☐ (3) Trabajo doméstico no remunerado (Amo/a de casa)
☐ (4) Desempleado/a	☐ (4) Desempleado/a
☐ (5) Estudiante a tiempo completo	☐ (5) Estudiante a tiempo completo
☐ (6) Enfermo/a, o incapacidad para trabajar	☐ (6) Enfermo/a, o incapacidad para trabajar
☐ (7) Jubilado/a	☐ (7) Jubilado/a
☐ (8) Otros: _____	☐ (8) Otros: _____
	☐ (0) No tengo esposo/a o pareja

**EL CUESTIONARIO YA HA TERMINADO. RECUERDE DEVOLVERLO AL COLEGIO EN EL MISMO
SOBRE EN QUE LE REMITIMOS ESTE CUESTIONARIO.
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

ESTUDIO ALADINO

Como le decíamos en la carta inicial de este cuestionario, el estudio ALADINO se completará con las mediciones de talla/altura, peso corporal, circunferencia de cintura y cadera del niño/a. Todas las medidas se llevarán a cabo por personal formado para este trabajo. El personal que llevará a cabo las medidas será extremadamente cuidadoso para manejar este proceso con sensibilidad. Es por ello, que los niños/as no serán pesados ni medidos en presencia de sus compañeros de clase. No será necesario que los niños/as se desnuden, aunque si se les pedirá que lleven ropa normal/cómoda, y que se quiten los zapatos. Para la medición del perímetro de la cintura y cadera a los niños/as se les pedirá que se bajen ligeramente la ropa.

Si su niño/a no asistiera al colegio el día en el que se vayan a tomar las medidas, o si usted no desea que su niño sea pesado y medido, el técnico que vaya al centro no incluirá a su niño/a en el estudio y no le medirá ni pesará.

SÍ, autorizo a que mi niño/a participe en el estudio "Vigilancia del crecimiento infantil"

Nombre y apellidos (padre, madre, tutor):

Firma: _____ / _____ / 2019

OBSERVACIONES (Puede escribir aquí cualquier observación que considere)

NO CUMPLIMENTAR

A RELLENAR POR LOS TECNICOS DE ALADINO, EL DIA DE LA MEDICIÓN

P.1 ¿Has desayunado esta mañana?

☐₍₁₎ Sí ☐₍₂₎ Sí, una bebida (ej: leche, infusiones o zumo) ☐₍₉₎ No

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

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

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS 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

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