



ENNyS

Respuestas de la Gente.
Propuestas para el País.



“Carácter estrictamente confidencial y reservado. Ley 17622, art. 10: Las informaciones que se suministren a los organismos que integren el sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados únicamente en publicaciones de conjunto.”

Niño/a de 2 a 12 años
(niños/as desde el día
que cumplen 2 años y
hasta el día anterior a
cumplir 13 años)

Niño/a de 2 a 12 años		
ID del niño/a provisto en el sorteo		
ID del adulto cuidador/a provisto en el cuestionario socio-demográfico		
Nombre Encuestador/a:		
Nombre Supervisor de Campo:		
Fecha de la encuesta		
Nombre del niño/a		
Fecha de nacimiento del niño/a		
Nombre del adulto respondiente		
Vínculo del adulto respondiente con el niño/a		
Madre		(1)
Padre		(2)
Hermano/a		(3)
Otro familiar que habita el mismo hogar		(4)
Otro no familiar que habita el mismo hogar		(5)
NS/NC		(9)
Otro: <i>completar con letra clara:</i>		
El niño/a nació:		
Mujer		(1)
Varón		(2)
Intersex		(3)
NS/NC		(9)

Sr. /a Encuestador/a/a: excepto que se indique lo contrario las preguntas se leen de izquierda a derecha. Las instrucciones para usted, que no deben ser leídas al encuestado/a, aparecen sombreadas. **Para evitar el cansancio en el encuestado, iniciar la entrevista con el R24H.** La antropometría podrá ser realizada en cualquier momento de la encuesta evaluando la disponibilidad del niño, y la predisposición del mismo y de su cuidador/a. Si se encuentra trabajando en cuestionario papel, anote directamente las mediciones, si está trabajando con la Tablet, anote todas las mediciones en un papel y luego vuélquelas en el programa cuando se habilite la sección correspondiente.

Consentimiento Informado

Consentimiento en hoja aparte

Recordatorio de 24 horas.

Ahora vamos a registrar todo lo que comió y bebió en las últimas 24 horas.

R24H en hoja aparte

BLOQUE 1. SALUD GENERAL DEL NIÑO/A				
Le voy a hacer unas preguntas generales sobre la salud de (nombre).				
Para responderme, puede ayudarse con una libreta de salud si la tiene. Encuestador/a: marque con una cruz si el encuestado/a trae la libreta sanitaria para seguir respondiendo				
Trae libreta : <input type="checkbox"/>				
1.1	En general, usted diría que la salud de (nombre) es:		1.2	
	Excelente	(1)	¿Ha sido (nombre) diagnosticado/a con alguna de las siguientes enfermedades? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>	
	Muy buena	(2)		SI (1) NO (2) NS/NC (9)
	Buena	(3)		Diabetes
	Regular	(4)		Enfermedad renal
	Mala	(5)		Hipertensión o presión alta
	NS/NC	(9)		Dislipemia, colesterol o triglicéridos altos
				Asma u otra enfermedad respiratoria
				Anemia
				Algún tipo de cardiopatía
			Otra enfermedad de larga duración, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>	
1.3	En el último año, ¿cuántas veces lo llevaron al médico a realizar un control de salud estando sano?			
<input type="text"/> Veces				
				NS/NC
				(999)
1.4	Algún integrante de la familia, ¿fuma tabaco dentro de la casa?			
	Si	(1)		
	No	(2)		
	NS/NC	(9)		
1.5	¿Tiene (nombre) dificultad o limitación permanente para... <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		1.6	
	ver, aún con anteojos o lentes puestos?	(1)	¿Tiene (nombre) certificado de discapacidad?	
	oir, aún cuando usa audífono?	(2)		Si (1) No (2) NS/NC (9)
	caminar o subir escalones?	(3)		
	agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos?	(4)		
	entender y/o aprender?	(5)		
	No tiene ninguna dificultad o limitación permanente	(0) <i>pasa a 1.7</i>		

Ahora le voy a preguntar sobre algunos hábitos de (nombre) en relación al uso del chupete y la lactancia.

Sólo realizar en niños de entre 2 y 5 años cumplidos (un día antes de cumplir 6 años).

1.7	(nombre), ¿usa chupete en algún momento del día o la noche?		1.8	Considerando el día y la noche, ¿cuántas horas por día en promedio usa el chupete? <i>Colabore con el entrevistado/a para estimar las horas de uso de chupete y reporte en horas completas o en valores con decimales como por ejemplo: 1,5 horas.</i>
	Si	(1)		
	No	(2) <i>pasa a.1.9</i>		
	NS/NC	(9) <i>pasa a.1.9</i>		
1.9	¿Tomó pecho alguna vez?		1.10	¿Toma pecho actualmente?
	Si	(1)		Si
	No	(2) <i>pasa a.1.12</i>		No
	NS/NC	(9) <i>pasa a.1.12</i>		NS/NC
1.11	¿A qué edad dejó el pecho? <i>Registre el dato en años y meses.</i>		1.12	(nombre), ¿se chupa el dedo?
	----- y ----- (años) (meses)			Si
	NS/NC	(999)		No
				NS/NC

BLOQUE 2. VACUNACIÓN

Ahora te voy a preguntar sobre algunas vacunas. Para responderme, podés ayudarte con una libreta de salud o un carnet de vacunación.

Sólo realizar a niños/as mayores de 11 años

2.1	¿Recibiste la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)? <i>Mujeres nacidas a partir año 2000 y varones a partir año 2006</i>		2.2	¿Cuántas dosis recibiste?
	Sí	(1)		1 dosis
	No	(2) <i>pasa a 2.4</i>		2 dosis
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.5</i>		3 dosis
				NS/NC
2.3	¿Por qué motivo recibiste la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.5.</i>		2.4	¿Por qué motivo NO recibiste la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>
	Me la dieron en la escuela	(1)		El médico NO me la indicó
	Me lo indicó el médico	(2)		Las vacunas no son necesarias/no creo en las vacunas
	Me lo recomendó un amigo/familiar	(3)		Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	(4)		Mi médico me dijo que no me la aplique
	Me enteré por los medios de comunicación que las vacunas son útiles	(5)		Supe por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño
	Me pidieron en la escuela que me vacune	(6)		NS/NC
	NS/NC	(9)		Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>			

2.5	¿Recibiste la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa (triple bacteriana acelular o dTpa)?		
	Sí	(1)	
	No	(2) <i>pasa a 2.7</i>	
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.8</i>	
2.6	¿Por qué motivo recibiste la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa (triple bacteriana acelular o dTpa)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda; luego pasa a 2.8.</i>		
	Me la dieron en la escuela	(1)	
	Me lo indicó el médico	(2)	
	Me lo recomendó un amigo/familiar	(3)	
	Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	(4)	
	Me enteré por los medios de comunicación que las vacunas son útiles	(5)	
	Me pidieron en la escuela que me vacune	(6)	
	NS/NC	(9)	
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.7	¿Por qué motivo NO recibiste la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa (triple bacteriana acelular o dTpa)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	El médico NO me la indicó	(1)	
	Las vacunas no son necesarias/no creo en las vacunas	(2)	
	Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	(3)	
	Mi médico me dijo que no me la aplique	(4)	
	Supe por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	(5)	
	NS/NC	(9)	
	Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		
2.8	<i>Si el encuestado/a respondió alguna pregunta consultando el carnet de vacunación consigne "sí" y pase a bloque 3; si no, pasa a 2.9. Sólo observe, no pregunte.</i>		
	Si, utilizó carnet para responder	(1)	
	No utilizó carnet para responder	(2)	
2.9	¿Tiene carnet de vacunación?		
	Sí	(1)	
	No	(2)	
	NS/NC	(9)	
BLOQUE 3. PREVALENCIA DE CELIAQUÍA			
3.1	Alguna vez, (nombre) ¿ha sido diagnosticado/a con celiacía?		
	Sí	(1)	
	No	(2) <i>pasa a bloque 4</i>	
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 4</i>	
3.2	Para el diagnostico de celiacía, ¿le han realizado una biopsia, es decir, un estudio que consiste en la toma de una muestra intestino delgado utilizando anestesia?		
	Sí	(1)	
	No	(2)	
	NS/NC	(9)	
3.3	¿Sigue (nombre) la dieta especial para celiacía?		
	Sí	(1)	
	No	(2)	
	NS/NC	(9)	
3.4	Desde que (nombre) fue diagnosticado/a, ¿con que frecuencia ha recibido asistencia alimentaria por celiacía?		
	En forma continua	(1)	
	No todos los meses	(2)	
	Estamos tratando de gestionarla	(3) <i>pasa a bloque 4</i>	
	Nunca recibimos asistencia	(0) <i>pasa a bloque 4</i>	
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 4</i>	
3.5	¿Cuál de las siguientes asistencias alimentarias por celiacía han recibido para (nombre)? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
	Cobertura provista por la Obra Social o Prepaga	(1)	
	Tarjeta para compra de alimentos provista por el Estado	(2)	
	Módulo de alimentos provisto por el Estado	(3)	
	Otra, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>		

Ahora le voy a hacer unas preguntas generales sobre algunos hábitos de (nombre).

4.1	<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos en total durmió (nombre)?</p> <p><i>Sume la totalidad de horas y minutos que durmió tanto en la noche como en siestas, tanto durante la semana como en el fin de semana. Si sólo reporta horas completas, en “minutos” consigne “cero”. Utilice para el cálculo el cuadro resumen del manual de capacitación.</i></p>
-----	---

		_____, ____
		Horas Minutos
NS/NC		(999)

4.2 Durante los últimos 7 días, considerando sólo el tiempo fuera de la guardería/jardín/escuela y estando despierto, ¿cuántas horas y minutos en total, (nombre) miró pantallas como televisión, tablets, celulares, computadoras u otros dispositivos y/o escuchó música mientras estuvo sentado, reclinado o acostado? *Sume la totalidad de horas y minutos que el niño/a realizó dichas actividades fuera del horario escolar, tanto en la noche como en el día, tanto durante la semana como en el fin de semana. Si sólo reporta horas completas, en “minutos” consigne “cero”. Utilice para el cálculo el cuadro resumen del manual de capacitación. Consigne “0 horas y 0 minutos” si no realizó ninguna de las actividades mencionadas.*

	<u> </u> , <u> </u>
	Horas Minutos
NS/NC	(999)

4.3 Durante los últimos 7 días, considerando sólo el tiempo **fuera de la guardería/jardín/escuela y estando despierto**, ¿cuántas horas y minutos (nombre) **jugó** videojuegos mientras estuvo sentado, reclinado o acostado ya sea en tablets, celulares, computadoras u otros dispositivos?

Sume la totalidad de horas y minutos que el niño/a realizó dichas actividades fuera del horario escolar, tanto en la noche como en el día, tanto durante la semana como en el fin de semana. Utilice para el cálculo el cuadro resumen del manual de capacitación. Consigne “0 horas” si no realizó ninguna de las actividades mencionadas.

4.4 Durante la última semana, ¿cuántas horas y minutos de educación física/psicomotricidad/deportes/ natación o actividad similar tuvo (nombre) en la guardería/jardín/escuela por día?

Sólo indagar para los niños/as que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico. Sume la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana. Consigne "0 horas" el/los días que en la institución no tienen actividad física o similar (máx 10hs por día).

					Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.
_____, ____ Horas Minutos				Horas					
				Minutos					
NS/NC		(999)		No asistió a clases la última semana				(1)	
				NS/NC				(999)	

4.5	¿Camina, pedalea o patina el niño/a al
-----	--

4.6	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y
-----	--

[illegible]

4.13	Durante los últimos 7 días, (nombre) realizó deporte organizado y/o programas de actividad física (torneos de fútbol, básquet, danzas, gimnasia artística, etc.)		4.14	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos (nombre) realizó deporte organizado y/o programas de actividad física (torneos de fútbol, básquet, danzas, gimnasia artística, etc.) <i>Sume la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana considerando solamente cuando el niño/a lo hace por al menos 10 minutos consecutivos. Consigne "0 horas" el/los días que no cumple esta condición.</i>						
	Si	(1)		Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
	No	(2) <i>pasa a 4.15</i>	Horas							
	NS/NC	(9) <i>pasa a 4.15</i>	Minutos							
Realizar en niños de 6 años y más, según cuestionario socio-demográfico. Si es menor de 6 años, pasa a Bloque 5.										
4.15	Durante los últimos 7 días, ¿realizó (nombre) ejercicios para fortalecer músculos tales como sentadillas, abdominales, flexiones de brazo, pasamanos, trepar, deporte de lucha, gimnasia, etc.?		4.16	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos realizó (nombre) ejercicios para fortalecer músculos tales como sentadillas, abdominales, flexiones de brazo, pasamanos, trepar, deporte de lucha, gimnasia, etc.? <i>Sume la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana considerando solamente cuando el niño/a lo hace por al menos 10 minutos consecutivos. Consigne "0 horas" el/los días que no cumple esta condición.</i>						
	Si	(1)		Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
	No	(2) <i>pasa a 4.17</i>	Horas							
	NS/NC	(9) <i>pasa a 4.17</i>	Minutos							
4.17	¿Realiza educación física en la escuela? <i>Sólo indagar para los/las niños que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico. Para niños y niñas no escolarizados pase directo a bloque 5.</i>		4.18	Durante la última semana, ¿cuántas horas y minutos de educación física/ deportes/ natación o actividad similar tuvo (nombre) en la escuela por día? <i>Sólo indagar para los niños/as que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico. Sume la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana. Consigne "0 horas" el/los días que en la institución no tienen actividad física o similar. Luego pase a bloque 5.</i>						
	Si	(1)		Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
	No	(2) <i>pasa a 4.19</i>	Horas							
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 5</i>	Minutos							
4.19	¿Cuál es la causa por la cual (nombre) no realiza educación física?									
	No posee apto físico									(1)
	Está exento por motivos deportivos o de salud									(2)
	En la escuela no se dictan actualmente clases de educación física									(3)
	Otros									(9)

BLOQUE 5. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD									
Ahora le voy a hacer unas preguntas generales sobre algunos aspectos de la alimentación de (nombre).									
5.1 Durante los últimos 7 días, indique cuántas veces el niño/a realizó las siguientes comidas.									
Consigne "0" si el niño/a no realizó nunca esa comida.									
5.1.1	Desayuno					5.1.2	Almuerzo		
_____ veces					_____ veces				
NS/NC (99)					NS/NC (99)				
5.1.3	Merienda					5.1.4	Cena		
_____ veces					_____ veces				
NS/NC (99)					NS/NC (99)				
5.1.5	Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia el niño/a consumió algún alimento o bebida fuera de las comidas principales?					5.1.6	Durante los últimos 7 días, ¿qué alimentos o bebidas consumió el niño/a en esas ocasiones fuera de las comidas principales?		
					Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.				
Ningún día (0) <i>pasa a 5.1.7</i>					Golosinas, dulces, galletitas dulces, amasados de pastelería, facturas, cereales con azúcar (1)				
Algún día (1)					Pan blanco, galletitas saladas (2)				
Casi todos los días (2)					Pan y otros cereales integrales, semillas (3)				
Todos los días (3)					Productos de copetín o snacks salados (4)				
NS/NC (9) <i>pasa a 5.1.7</i>					Frutas (5)				
					Lácteos (leche, yogurt o quesos) (6)				
					Bebidas azucaradas (jugos, gaseosas, infusiones con azúcar, etc) (7)				
					Bebidas light, diet, cero azúcar (8)				
					NS/NC (9)				
5.1.7	Durante los últimos 7 días, ¿qué cantidad de veces el niño/a comió comidas elaboradas fuera del hogar? <i>Considere desayuno, almuerzo, merienda y cena. Aclaración: una vianda preparada en el hogar y consumida en el colegio no debe consignarse en esta sección, pero una vianda elaborada fuera del hogar, sí.</i>					5.1.8	¿Dónde fueron elaboradas esas comidas consumidas por el niño/a fuera del hogar? <i>Considere desayuno, almuerzo, merienda y cena. Marque todo lo que corresponda. Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>		
_____ veces					Comedor escolar (1)				
					Comedor comunitario (2)				
					Restaurante/Bar/Lugar de Comida rápida (3)				
					Delivery/Rotiserías/Local de Comidas para llevar (4)				
					Otro, ¿cuál? (completar con letra clara) (5)				
NS/NC (99)					NS/NC (9)				
5.2	¿Hay algún alimento que por razones de religión, salud o decisión propia no consuma el niño/a?					5.3	¿Puede indicarme cuál/cuáles alimento/s no consume el niño/a? <i>Completar con letra clara.</i>		
Sí (1)									
No (2) <i>pasa a 5.4</i>									
NS/NC (9) <i>pasa a 5.4</i>									

5.4	¿Con que frecuencia le agrega sal a los alimentos del niño/a una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa?		5.5	Durante los últimos 7 días, ¿qué cantidad de veces compró algún alimento porque el niño/a lo vió en alguna publicidad (TV, radio, revista, etc.)?	
	Siempre	(1)		Siempre	(1)
	A veces	(2)		A veces	(2)
	Nunca	(3)		Nunca	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
5.6	(nombre), ¿con que frecuencia come acompañado/a?		5.7	En general, mientras (nombre) come, ¿con que frecuencia mira pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Casi siempre	(2)		Casi siempre	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	NS/NC	(9)		NS/NC	(9)
BLOQUE 6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS Ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre el consumo de alimentos de (nombre)					
6.1 En general, tomando como referencia los últimos tres meses, ¿cuántas veces al mes (nombre) consumió...					
6.1.1	... leche, yogur y/o quesos?		6.1.2	... frutas frescas (solas y/o en preparaciones)?	
	Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)		Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes	(1)		Entre 1 y 3 veces al mes	(1)
	1 vez por semana	(2)		1 vez por semana	(2)
	2 a 4 veces por semana	(3)		2 a 4 veces por semana	(3)
	5 a 6 veces por semana	(4)		5 a 6 veces por semana	(4)
	1 vez al día	(5)		1 vez al día	(5)
	Entre 2 y 3 veces al día	(6)		Entre 2 y 3 veces al día	(6)
	Entre 4 y 5 veces al día	(7)		Entre 4 y 5 veces al día	(7)
	6 veces o más por día	(8)		6 veces o más por día	(8)
6.1.3	... verduras (solas y/o en preparaciones) sin contar papa y batata?		6.1.4	...papa, batata, cereales refinados como arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco?	
	Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)		Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes	(1)		Entre 1 y 3 veces al mes	(1)
	1 vez por semana	(2)		1 vez por semana	(2)
	2 a 4 veces por semana	(3)		2 a 4 veces por semana	(3)
	5 a 6 veces por semana	(4)		5 a 6 veces por semana	(4)
	1 vez al día	(5)		1 vez al día	(5)
	Entre 2 y 3 veces al día	(6)		Entre 2 y 3 veces al día	(6)
	Entre 4 y 5 veces al día	(7)		Entre 4 y 5 veces al día	(7)
	6 veces o más por día	(8)		6 veces o más por día	(8)
6.1.5	...cereales integrales, legumbres (por ejemplo lentejas, garbanzos, porotos, arroz integral) y/o pan integral o de salvado?		6.1.6	... embutidos y/o fiambres (jamón, salame, chorizo, salchicha, etc)?	
	Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)		Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes	(1)		Entre 1 y 3 veces al mes	(1)
	1 vez por semana	(2)		1 vez por semana	(2)
	2 a 4 veces por semana	(3)		2 a 4 veces por semana	(3)
	5 a 6 veces por semana	(4)		5 a 6 veces por semana	(4)
	1 vez al día	(5)		1 vez al día	(5)
	Entre 2 y 3 veces al día	(6)		Entre 2 y 3 veces al día	(6)
	Entre 4 y 5 veces al día	(7)		Entre 4 y 5 veces al día	(7)
	6 veces o más por día	(8)		6 veces o más por día	(8)

BLOQUE 6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS (continuación)			
6.1.7	... carne roja (por ejemplo de vaca, chivo, cordero), carne de ave y/o huevos?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.9	... aceites vegetales (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y/o canola)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.11	... productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.13	...facturas, productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.8	... pescado fresco y/o enlatado?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.10	... frutas secas sin salar (como maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) y/o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.12	... golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.)?		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)
6.1.14	...productos congelados pre elaborados (nuggets de pollo, supremas, medallones, bastones de mozzarella, pizzas, empanadas, bocaditos de carne, papas fritas, etc.)		
	Nunca o menos de 1 vez al mes		(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes		(1)
	1 vez por semana		(2)
	2 a 4 veces por semana		(3)
	5 a 6 veces por semana		(4)
	1 vez al día		(5)
	Entre 2 y 3 veces al día		(6)
	Entre 4 y 5 veces al día		(7)
	6 veces o más por día		(8)

6.1.15	... bebidas artificiales sin azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)?		6.1.16	... bebidas artificiales con azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)?	
	Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)		Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)
	Entre 1 y 3 veces al mes	(1)		Entre 1 y 3 veces al mes	(1)
	1 vez por semana	(2)		1 vez por semana	(2)
	2 a 4 veces por semana	(3)		2 a 4 veces por semana	(3)
	5 a 6 veces por semana	(4)		5 a 6 veces por semana	(4)
	1 vez al día	(5)		1 vez al día	(5)
	Entre 2 y 3 veces al día	(6)		Entre 2 y 3 veces al día	(6)
	Entre 4 y 5 veces al día	(7)		Entre 4 y 5 veces al día	(7)
	6 veces o más por día	(8)		6 veces o más por día	(8)
6.1.17	... agua?				
	Nunca o menos de 1 vez al mes	(0)			
	Entre 1 y 3 veces al mes	(1)			
	1 vez por semana	(2)			
	2 a 4 veces por semana	(3)			
	5 a 6 veces por semana	(4)			
	1 vez al día	(5)			
	Entre 2 y 3 veces al día	(6)			
	Entre 4 y 5 veces al día	(7)			
	6 veces o más por día	(8)			
BLOQUE 7: ENTORNOS ESCOLARES					
7.1	<p>En la guardería, jardín o escuela, al niño/a, ¿le proveen algún alimento o bebida?</p> <p><i>Sólo indagar para los niños/as que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico.</i></p> <p><i>Explique que se refiere sólo a aquellos que brinda la institución en desayuno, almuerzo, merienda o colaciones, y no a lo que el niño/a lleva de la casa o compra en el kiosco. Para niños no escolarizados pase a bloque 8.</i></p>				
	Si	(1)			
	No	(2) <i>pasa a 7.3</i>			
	NS/NC	(9) <i>pasa a 7.3</i>			

7.2	¿Qué comida y/o bebida le proveen en la guardería, jardín o escuela? <i>Seleccione todo lo que corresponda.</i>			
Comida	Siempre (1)	A veces (2)	Nunca (0)	NS/NC (9)
Bebidas con azúcar (jugos en polvo y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)				
Bebidas sin azúcar (jugos en polvo y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)				
Infusiones (té, mate cocido, café)				
Productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)				
Golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.)				
Facturas, productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar				
Frutas frescas (enteras, en ensaladas, jugos naturales, licuados, etc)				
Agua segura (sin agregado de jugo, frutas, etc)				
Yogur/postres lácteos /leche				
Sándwich				
7.3	¿La escuela tiene un kiosco o buffet donde (nombre) pueda comprar alimentos y/o bebidas?		7.4	Durante los últimos 7 días, ¿compró (nombre) algún alimento y/o bebida en el kiosco o buffet?
	Si	(1)		Si
	No	(2) <i>pasa a bloque 8</i>		No
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 8</i>		NS/NC
				(9) <i>pasa a bloque 8</i>
7.5	¿Podría indicarme qué producto/s compró (nombre) en el kiosco o buffet durante los últimos 7 días? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>			
Bebidas con azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)				(1)
Bebidas sin azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)				(2)
Infusiones (té, mate cocido, café)				(3)
Productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)				(4)
Golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.)				(5)
Facturas, productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar				(6)
Frutas frescas (enteras, en ensaladas, jugos naturales, licuados, etc)				(7)
Verduras frescas (sin contar papa y batata)				(8)
Agua segura (sin agregado de jugo, frutas, etc)				(9)
Yogur/postres lácteos /leche				(10)
Sándwich				(11)
NS/NC				(99)
Otro alimento, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>				

BLOQUE 8. ANTROPOMETRÍA			
<p>Ahora vamos a registra algunas medidas corporales de (nombre).</p> <p>Para registrar el peso y la talla de la forma más adecuada, le pido que (nombre) esté en lo posible en ropa interior o sin ropa de abrigo y sin calzado.</p> <p><i>Evaluar la cantidad de ropa a retirar en función de las condiciones climáticas y habitacionales.</i></p>			
8.1	Peso del niño/a	8.2	Talla del niño/a
<p>_____ Kg, _____ gr</p> <p><i>Incluir 3 decimales</i></p> <p>Especificar qué ropa tiene puesta el niño/a:</p>		<p>_____ Centímetros</p> <p><i>Incluir 3 decimales</i></p>	
8.3	<p>En caso de haber tenido algún inconveniente para pesar o medir al niño/a, consigne qué sucedió</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
8.4	¿Cuál es el peso aproximado de la madre de (nombre)?	8.5	¿Cuál es la talla aproximada de la madre de (nombre)?
<p>_____ Kg, _____ gr</p> <p>NS/NC (99999)</p>		<p>_____ Centímetros</p> <p>NS/NC (99999)</p>	
8.6	¿Cuál es el peso aproximado del padre de (nombre)?	8.7	¿Cuál es la talla aproximada del padre de (nombre)?
<p>_____ Kg, _____ gr</p> <p>NS/NC (99999)</p>		<p>_____ Centímetros</p> <p>NS/NC (9999)</p>	
<p><i>¡Muchas gracias por su participación en esta encuesta!</i></p>			