



“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.”

**Adolescentes entre 13 y 17 años
(Adolescentes desde el día que
cumplen 13 años y hasta el día
anterior a cumplir 18 años).**

Adolescente de 13 a 17 años		
ID de la persona provisto en el sorteo		
Nombre Encuestador/a:		
Nombre Supervisor de Campo:		
Fecha de la encuesta		
Nombre del encuestado/a		
Fecha de nacimiento del encuestado/a		
Tu sexo de nacimiento fue:		
Mujer		(1)
Varón		(2)
Intersex		(3)
NS/NC		(9)

Sr./a Encuestador/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 o preferencia del encuestado/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.

Sr./a Encuestador/a: dentro de los parámetros contemplados por la ley y explicitados en el consentimiento y asentimiento, intente lograr la mayor privacidad posible con el encuestado/a para evitar sesgos de respuesta.

Co-consentimiento Informado

El encuestado debe firmar junto con el adulto responsable y aclarar quién es el responderte.

Co-consentimiento en hoja aparte.

Recordatorio de 24 horas.

Ahora vamos a registrar todo lo que comiste y bebiste en las últimas 24 horas.

R24h en hoja aparte.

BLOQUE 1. SALUD GENERAL DEL ADOLESCENTE									
Ahora te voy a hacer algunas preguntas sobre tu salud.									
1.1	En general, dirías que tu salud es:				1.2	¿Te han diagnosticado/a con alguna de las siguientes enfermedades? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>			
	Excelente		(1)			SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)	
	Muy buena		(2)		Diabetes				
	Buena		(3)		Enfermedad renal				
	Regular		(4)		Hipertensión o presión alta				
	Mala		(5)		Dislipemia, colesterol o triglicéridos altos				
	NS/NC		(9)		Enfermedad respiratoria				
					Anemia				
					Algún tipo de cardiopatía				
				Otra enfermedad de larga duración, ¿cuál? <i>Completar con letra clara:</i>					
1.3	¿Fumas actualmente?								
	Si		(1)						
	No		(2)						
	NS/NC		(9)						
1.4	¿Tenés dificultad o limitación permanente para... <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>				1.5	¿Tenés certificado de discapacidad?			
	ver, aún con anteojos o lentes puestos?		(1)			Si		(1)	
	oir, aún cuando usás audífono?		(2)			No		(2)	
	caminar o subir escalones?		(3)			NS/NC		(9)	
	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 1.6</i>						
BLOQUE 1. SALUD GENERAL DEL ADOLESCENTE: EMBARAZO Y LACTANCIA									
Sólo preguntar a adolescentes que hayan declarado "mujer" como sexo de nacimiento									
1.6	¿Estás actualmente embarazada?				1.7	¿Cuál fue la fecha de tu última menstruación?			
	Si		(1)			____/____/____			
	No		(2) <i>pasa a 1.8</i>			(DD)	(MM)	(AA)	
	NS/NC		(9) <i>pasa a 1.8</i>			NS/NC			(9)
1.8	¿Estás amamantando actualmente?				1.9	¿Cuántos meses cumplidos tiene el bebé al que amamantás?			
	Si		(1)			_____ Meses			
	No		(2) <i>pasa a bloque 2</i>						
	NS/NC		(9) <i>pasa a bloque 2</i>			NS/NC			(999)

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.				
2.1	¿Recibiste la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)?			
	Sí	(1)		
	No	(2) <i>pasa a 2.4</i>		
	NS/NC	(9) <i>pasa a 2.5</i>		
2.2	¿Cuántas dosis recibiste?			
	1 dosis	(1)		
	2 dosis	(2)		
	3 dosis	(3)		
	NS/NC	(9)		
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>			
	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>			
2.4	¿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>			
	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)		
	Me enteré 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>			
2.5	¿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)		
	Me enteré 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	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.		2.9	¿Tenés carnet de vacunación?	
Si, utilizó carnet para responder			Sí (1)		
No utilizó carnet para responder			No (2)		
			NS/NC (9)		
BLOQUE 3. PREVALENCIA DE CELIAQUÍA					
3.1	Alguna vez, ¿te diagnosticaron celiacía?		3.2	Para el diagnostico de celiacía, ¿te realizaron una biopsia, es decir, un estudio que consiste en la toma de una muestra intestino delgado utilizando anestesia?	
Sí (1)			Sí (1)		
No (2) <i>pasa a bloque 4</i>			No (2)		
NS/NC (9) <i>pasa a bloque 4</i>			NS/NC (9)		
3.3	¿Realizás la dieta especial para celiacía?		3.4	Desde que fuiste diagnosticado/a, ¿con que frecuencia recibiste asistencia alimentaria por celiacía?	
Sí (1)			En forma continua (1)		
No (2)			No todos los meses (2)		
NS/NC (9)			Estoy tratando de gestionarla (3) <i>pasa a bloque 4</i>		
			Nunca recibí 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 recibiste? <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>					

BLOQUE 4. ACTIVIDAD FÍSICA					
Ahora te voy a hacer unas preguntas generales sobre algunos de tus hábitos.					
4.1	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos en total dormiste en la semana?		4.2	Durante los últimos 7 días, considerando sólo el tiempo fuera de la escuela y estando despierto/a , ¿cuántas horas y minutos en total escuchaste música y/o miraste televisión o pantallas de tablets/ celulares, computadoras u otros dispositivos, mientras estuviste sentado/a, reclinado/a o acostado/a?	
<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>			<i>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.</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Horas _____ Minutos </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Horas _____ Minutos </div>		
NS/NC (999)			NS/NC (999)		

4.3	<p>Durante los últimos 7 días, considerando sólo el tiempo fuera de la escuela y estando despierto/a, ¿cuántas horas y minutos jugaste videojuegos, ya sea en consolas, tablets, celulares, computadoras u otros dispositivos, mientras estabas sentado/a, reclinado/a o acostado/a?</p> <p><i>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.</i></p>	4.4	<p>Durante la última semana, ¿cuántas horas y minutos de educación física, deportes, natación o actividad similar tuviste fuera de la escuela por día?</p> <p><i>Sume la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana. Consigne "0 horas y 0 minutos" el/los días que en la institución no tienen actividad física o similar.</i></p> <p><i>Indique si refiere restricción médica para no realizar actividad física.</i></p>																														
<p>_____, _____</p> <p>Horas Minutos</p>		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Lun.</td> <td>Mar.</td> <td>Mié.</td> <td>Jue.</td> <td>Vie.</td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Minutos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Tiene restricción médica para realizar actividad física</td> <td>(99)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">NS/NC</td> <td>(999)</td> </tr> </table>			Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Horas						Minutos						Tiene restricción médica para realizar actividad física					(99)	NS/NC					(999)
	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.																												
Horas																																	
Minutos																																	
Tiene restricción médica para realizar actividad física					(99)																												
NS/NC					(999)																												
<p>NS/NC</p> <p>(999)</p>																																	
4.5	<p>¿Caminas, pedaleas o patinás al menos 10 minutos consecutivos para ir de un lado al otro, como por ejemplo para ir al colegio, visitar amigos, hacer compras, etc.?</p>	4.6	<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos caminaste, pedaleaste o patinaste por al menos 10 minutos consecutivos por día para ir de un lado al otro?</p> <p><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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.</i></p>																														
<p>Si</p> <p>No</p> <p>NS/NC</p>		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Lun.</td> <td>Mar.</td> <td>Mié.</td> <td>Jue.</td> <td>Vie.</td> <td>Sáb.</td> <td>Dom</td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Minutos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom	Horas								Minutos													
	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom																										
Horas																																	
Minutos																																	
<p>(1)</p> <p>(2) <i>pasa a 4.7</i></p> <p>(9) <i>pasa a 4.7</i></p>																																	
<p>Ahora te voy a preguntar sobre actividades de intensidad moderada o vigorosa que implican un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco y a veces suda.</p>																																	
4.7	<p>Durante los últimos 7 días, ¿realizaste actividades dentro de la casa de intensidad moderada o vigorosa que implica un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco, como jugar con pelota, patinar, nadar, trepar, saltar, correr, etc. por al menos 10 minutos consecutivos por día?</p>	4.8	<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos jugaste dentro de la casa a intensidad moderada o vigorosa, que implica un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco como jugar con pelota, patinar, etc. por al menos 10 minutos consecutivos por día?</p> <p><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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.</i></p>																														
<p>Si</p> <p>No</p> <p>NS/NC</p>		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Lun.</td> <td>Mar.</td> <td>Mié.</td> <td>Jue.</td> <td>Vie.</td> <td>Sáb.</td> <td>Dom</td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Minutos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom	Horas								Minutos													
	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom																										
Horas																																	
Minutos																																	
<p>(1)</p> <p>(2) <i>pasa a 4.9</i></p> <p>(9) <i>pasa a 4.9</i></p>																																	

BLOQUE 4. ACTIVIDAD FÍSICA (continuación)													
4.9	Durante los últimos 7 días, ¿jugaste dentro de la casa con consolas de videojuegos que requieren movimiento o actividad física moderada que implican un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco por al menos 10 minutos consecutivos por día?				4.10	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos jugaste dentro de la casa con consolas de videojuegos que requieren movimiento o actividad física moderada que implica un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco por al menos 10 minutos consecutivos por día?							
	No considere el tiempo que pasa sentado, reclinado o acostado utilizando estas consolas con movimiento.					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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.							
	Si		(1)				Lun.	Mar	Mié	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom
	No		(2) <i>pasa a 4.11</i>			Horas							
	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.11</i>		Minutos								
4.11	Durante los últimos 7 días, ¿realizaste actividades fuera de la casa , al aire libre, de intensidad moderada o vigorosa que implican un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco, como jugar con pelota, patinar, nadar, trepar, saltar, correr, etc. por al menos 10 minutos consecutivos por día?				4.12	Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas y minutos jugaste fuera de la casa , al aire libre, a intensidad moderada o vigorosa, que implica un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco como jugar con pelota, patinar, etc. por al menos 10 minutos consecutivos por día?							
						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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.							
	Si		(1)				Lun.	Mar	Mié	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom
	No		(2) <i>pasa a 4.13</i>			Horas							
	NS/NC		(9) <i>pasa a 4.13</i>		Minutos								
4.13	Durante los últimos 7 días, ¿realizaste 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 realizaste deporte organizado y/o programas de actividad física? (torneos de fútbol, básquet, danzas, gimnasia artística, etc.)							
						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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.							
	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								
4.15	Durante los últimos 7 días, ¿realizaste ejercicio 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 realizaste ejercicio para fortalecer músculos tales como sentadillas, abdominales, flexiones de brazo, pasamanos, trepar, deporte de lucha, gimnasia, etc.?							
						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 y 0 minutos" el/los días que no cumple esta condición.							
	Si		(1)				Lun.	Mar	Mié	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom
	No		(2) <i>pasa a bloque 4.17</i>			Horas							
	NS/NC		(9) <i>pasa a bloque 4.17</i>		Minutos								

BLOQUE 4. ACTIVIDAD FÍSICA (continuación)											
4.17	¿Realizás educación física/ deportes/ natación o actividad similar en la escuela? <i>Sólo indagar para los/las adolescentes que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico. Para adolescentes 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 tuviste en la escuela por día? <i>Suma la totalidad de horas y minutos realizadas en cada día de la semana. Consigne "0 horas y 0 minutos" el/los días que en la institución no tienen actividad física o similar y pasa 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						
			<i>Pase a bloque 5</i>								
4.19	¿Cuál es la causa por la cuál no realizás educación física en la escuela? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>										
			No poseo apto físico						(1)		
			Estoy exento por motivos deportivos o de salud						(2)		
			En la escuela no se dictan actualmente clases de educación física						(3)		
			Otros						(4)		
			NS/NC						(9)		

BLOQUE 5. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD									
Ahora te voy a hacer unas preguntas generales sobre algunos aspectos de tu alimentación.									
5.1 Durante los últimos 7 días, indicá cuántas veces realizaste las siguientes comidas. <i>Consigne "0" si no realizó nunca esa comida.</i>									
5.1.1	Desayuno			5.1.2	Almuerzo				
			veces						
NS/NC			(99)				NS/NC (99)		
5.1.3	Merienda			5.1.4	Cena				
			veces						
NS/NC			(99)				NS/NC (99)		
5.1.5	Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia consumiste algún alimento o bebida fuera de las comidas principales?			5.1.6	Durante los últimos 7 días, ¿qué alimentos o bebidas consumiste en esas ocasiones fuera de las comidas principales? <i>Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.</i>				
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)		

BLOQUE 5. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD (continuación)									
5.1.7	Durante los últimos 7 días, ¿qué cantidad de veces comiste comidas <i>elaboradas</i> 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 fuera del hogar? <i>Considere desayuno, almuerzo, merienda y cena. Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda. Saltea si “cero veces” en 5.1.7</i>			
_____ veces <i>Si responde “cero veces” pasa a 5.3</i>					Comedor escolar		(1)		
					Comedor comunitario		(2)		
					Restaurante/Bar /Lugar de Comida rápida		(3)		
					Delivery/Rotiserías/Local de Comidas para llevar		(4)		
					Otro , ¿cuál?		(5)		
NS/NC					NS/NC		(9)		
5.3	¿Hay algún alimento que por razones de religión, salud o decisión propia no consumas?				5.4	¿Podés indicarme cuál/cuáles alimento/s no consumís? <i>Completar con letra clara.</i>			
Si					(1)				
No					(2) <i>pasa a 5.5</i>				
NS/NC					(9) <i>pasa a 5.5</i>				
5.5	¿Con que frecuencia le agregás sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarte a la mesa?				5.6	¿Cuánta sal pensás que consumís?			
Siempre					(1)				
A veces					(2)				
Nunca					(0)				
NS/NC					(9)				
5.7	En general, cuando comprás algún alimento envasado, ¿leés la tabla de composición nutricional del envase?				5.8	¿Te resulta comprensible esta información?			
No, nunca					(0) <i>pasa a 5.9</i>				
Algunas veces					(1)				
Frecuentemente					(2)				
Siempre					(3)				
NS/NC					(9) <i>pasa a 5.9</i>				
5.9	Cuando comprás un producto, ¿con qué frecuencia comparás la información nutricional con otros productos?				5.10	¿Considerás que la elección de los alimentos que ingerís o comprás se ve influenciada por lo que ves/escuchas a través de la publicidad (TV, radio, revista, etc.)?			
Nunca					(0)				
Algunas veces					(1)				
Frecuentemente					(2)				
Siempre					(3)				
NS/NC					(9)				
5.11	Tomando como referencia los últimos siete días, ¿con qué frecuencia compraste algún alimento porque lo viste en alguna publicidad (TV, radio, revista, etc)?								
Nunca									
Algunas veces									
Frecuentemente									
Siempre									
NS/NC					(9)				

5.12	¿Con que frecuencia comés acompañado/a?		5.13	En general, mientras comés, ¿con que frecuencia miras 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 te voy a realizar algunas preguntas sobre el consumo de alimentos					
6.1 En general, tomando como referencia los últimos tres meses, ¿cuántas veces al mes consumiste...					

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 y/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)

6.1.7	... carne roja (por ejemplo de vaca, chivo, cordero), carne de ave y/o huevos?		6.1.8	... pescado fresco y/o enlatado?	
	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)

6.1.9	... aceites vegetales (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y/o canola)?		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)	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)
6.1.11	... productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)?		6.1.12	... golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, 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)
6.1.13	... facturas y/o productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar?		6.1.14	...productos congelados pre elaborados (nuggets de pollo, supremas, medallones, bastones de muzarella, pizzas, empanadas, bocaditos de carne, papas fritas, 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)
6.1.15	... 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	En la escuela, ¿te proveen algún alimento y/o bebida? <i>Sólo indagar para los niños/as que asistan a instituciones educativas según el cuestionario socio-demográfico. 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 adolescentes no escolarizados pase a bloque 8</i>				
	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 te proveen en la 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 o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.)					
Bebidas sin azúcar (jugos en polvo 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 puedas comprar alimentos o bebidas?		7.4	Durante los últimos 7 días, ¿compraste algún alimento y/o bebida en el kiosco o buffet?	
	Si	(1)		Si	(1)
	No	(2) <i>pasa a bloque 8</i>		No	(2) <i>pasa a bloque 8</i>
	NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 8</i>		NS/NC	(9) <i>pasa a bloque 8</i>

BLOQUE 7. ENTORNOS ESCOLARES (continuación)				
7.5	¿Podrías indicarme qué producto/s compraste 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)			(9)
	Agua segura (sin agregado de jugo, frutas, etc)			(10)
	Yogur/postres lácteos /leche			(11)
	Sándwich			(12)
	Otros			(99)
BLOQUE 8. ANTROPOMETRÍA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL Ahora vamos a registrar algunas medidas corporales. Para registrar el peso y la talla de la forma más adecuada, te pido que te saques el calzado y, en caso de que tengas ropa de abrigo, también esta última. <i>Evaluar la cantidad de ropa a retirar en función de las condiciones climáticas y habitacionales.</i>				
8.1	Peso		8.2	Talla
	_____ Kg, _____ gr			_____ Centímetros
	Especificar qué ropa tiene puesta:			
8.3	En caso de haber tenido algún inconveniente para pesar o medir, consigne qué sucedió:			
8.4	Aproximadamente, ¿cuál dirías que es el peso de tu mamá?		8.5	Aproximadamente, ¿cuánto dirías que mide tu mamá?
	_____ Kg			_____ Centímetros
	NS/NC	(999)		NS/NC
				(999)
8.6	Aproximadamente, ¿cuál dirías que es el peso de tu papá?		8.7	Aproximadamente, ¿cuánto dirías que mide tu papá?
	_____ Kg			_____ Centímetros
	NS/NC	(9)		NS/NC
				(9)

8.8	¿Cómo describirías tu peso actual?			8.9	¿Cómo dirías que te sentís en relación a tu peso?		
Muy bajo		(1)		Estoy muy conforme		(1)	
Bajo		(2)		Estoy algo conforme		(2)	
Normal		(3)		Estoy algo desconforme		(3)	
Elevado		(4)		Estoy muy desconforme		(4)	
Muy elevado		(5)		No me preocupa mi peso		(5)	
NS/NC		(9)		NS/NC		(9)	
8.10	¿Cuándo fue la última vez que te pesaste?			8.11	Durante el último año, ¿algún miembro del equipo de salud te ha dicho que tenés que bajar de peso?		
	Hace menos de un año		(1)		Si		(1)
	Entre 1 año y 2 años		(2)		No		(2)
	Más de 2 años		(3)		NS/NC		(9)
	Nunca me ha pesado		(4)				
8.12	¿En estos momentos estás haciendo algo para bajar de peso?			8.13	¿En estos momentos estás haciendo algo para mantener controlado tu peso?		
	Si		(1)		Si		(1)
	No		(2)		No		(2)
	NS/NC		(9)		NS/NC		(9)

¡Muchas gracias por su participación en esta encuesta!