

Cuestionario pediatras Contacto con la Naturaleza

Por favor completa la encuesta de abajo.

¡Gracias!

Se estima que la duración de realización de este cuestionario es de 5-10 minutos.

Identifica tu comunidad autónoma

- AN Andalucía
- AR Aragón
- AS Asturias
- IB Islas Baleares
- IC Islas Canarias
- CN Cantabria
- CL Castilla León
- CM Castilla La Mancha
- CT Cataluña
- EU Euskadi
- EX Extremadura
- GA Galicia
- LR La Rioja
- MA Madrid
- MU Murcia
- NA Navarra
- VA Valencia

(Elige una respuesta de la lista siguiente.)

Identifica tu número de colaborador

(Dos mayúsculas que identifican la CCAA seguidas sin espacio con cifras que identifiquen el número de colaborador dentro de la CCAA. Ej MA14, CT38, GA06...))

Identifica el número de caso

(Dos mayúsculas que identifican la CCAA, seguido sin espacio con tu número de colaborador de la CCAA, seguido de un guión con el número de caso de cada colaborador. Ej GA06-01, GA06-02, GA06-03 y así sucesivamente))

¿El tutor legal y/o paciente desean firmar el consentimiento informado?

- Sí
- No

Sexo del paciente

- Femenino
 - Masculino
- (Señala si el menor es varón o mujer)

Edad del paciente

- 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
- (Número de años cumplidos)

Antecedentes de prematuridad

- Sí
- No

Si la respuesta anterior es Sí, señala por favor, en qué intervalo de semanas de gestación se encontraba al nacimiento.

- 32-33 semanas de gestación
 34-36 semanas de gestación
 mayor o igual de 37 semanas de gestación

Tiempo que recibió lactancia materna

- nada o < 1mes
 1-3 meses
 3-6 meses
 6-12 meses
 >12 meses

ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

Se utilizarán las gráficas de la OMS 2006-2007

Peso del paciente (kg)

(Registrar peso en KILOGRAMOS, con un decimal separado por una coma.)

Talla del paciente (cm)

(Registrar la talla en CENTÍMETROS, con un decimal separado por una coma.)

Índice de masa corporal del paciente (IMC), (kg/m²)

(Registrar dos cifras con dos decimales, separadas por una coma)

Registrar las DOS CIFRAS del percentil del Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente según las curvas de la OMS 2006-2007 (si no las tienes a mano puedes verlo en: SEGHN. Aplicación Nutricional)

(Apuntar las DOS CIFRAS del percentil del IMC del paciente)

Señalamos, a modo de ejemplo, los datos nutricionales de interés en la aplicación nutricional de la SEGHN.

The screenshot shows the 'Aplicación Nutricional' interface. On the left is a navigation menu with options: IDENTIFICACIÓN, ANTROPOMETRÍA, VELOCIDAD DE CRECIMIENTO, COMPOSICIÓN CORPORAL, GASTO ENERGÉTICO, DENSITOMETRÍA, PRESIÓN ARTERIAL, and SITUACIONES ESPECIALES. The main area displays patient information: Identificador (empty), Sexo (Mujer, Hombre), Fecha de nacimiento (10/09/2011), Fecha para cálculos (14/02/2022), and Edad (13 años y 5 meses (13,43 años)). Below this is the 'Antropometría' section with the following data:

Metric	Value	Reference
Peso (kg)	46	Datos NO disponibles
Talla (cm)	158	(P ₄₅ -0,14DE)
PC (cm)		OMS 2006/2007
IMC (kg/m ²)	18,43	(P ₄₅ -0,06DE)

OTROS CONDICIONANTES DE SALUD DEL MENOR

Diagnóstico de asma Sí
 No

Diagnóstico de rinitis o conjuntivitis alérgica Sí
 No

Diagnóstico de miopía. Sí
 No

Diagnóstico de TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
(Exige diagnóstico médico por Neuropediatría,
Unidad de Salud Mental, Rehabilitación o Foniatra) Sí
 No
(Requerido diagnóstico especializado)

Si la respuesta previa es Sí, determine que tipo de trastorno del neurodesarrollo tiene diagnosticado el paciente:

	Sí	No
Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos del neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico de TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO
(Requiere diagnóstico por la Unidad de Salud Mental
Infantojuvenil o Psiquiatría) Sí
 No
(Requiere diagnóstico especializado)

Si la respuesta previa es Sí, defina qué trastorno del ánimo tiene diagnosticado su paciente:

	Sí	No
Trastorno por ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro trastorno del estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>