

1. Número de identificación: CIP (**obligatorio**): _____
2. Sexo (**respuesta obligatoria**):
 - Hombre. Mujer.
3. Edad (**respuesta obligatoria**): _____
4. Acude a consulta con (**respuesta obligatoria**): Madre. Padre. Abuelos. Otros.
5. Motivo de consulta actual (**respuesta obligatoria**): _____
6. Motivo de selección del niño para el estudio (**respuesta obligatoria**).
 - a. **Con situación de riesgo (Pueden seleccionarse varias respuestas):**
 - Familia desestructurada o problemas familiares.
 - Patología física o mental que ocasione alta frecuentación o absentismo escolar.
 - Problemas en la escolarización o fracaso escolar (absentismo, repetición de cursos....).
 - Problemas en el entorno escolar y de relaciones del niño.
 - Problemas sanitarios, reiteradas faltas a revisiones y/o vacunaciones.
 - b. **Sin situación de riesgo**
7. Consentimiento Sí. No.

SI NO HAY CONSENTIMIENTO, **FINALIZE EL REGISTRO.**

SI HAY CONSENTIMIENTO, ENTREGUE EL TEST KIDSCREEN AL NIÑO O ADULTO Y CUMPLIMENTE EL RESTO DEL FORMULARIO.

Información sobre los padres o personas responsables del niño o adolescente

8. País de origen.

Padre <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro. Especific.: _____	Madre <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro. Especific.: _____
--	--

9. Nivel de estudios de los padres.

Padre <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios secundarios y bachiller <input type="checkbox"/> Estudios superiores (grado, diplomaturas, licenciaturas, FP superior)	Madre <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios secundarios y bachiller <input type="checkbox"/> Estudios superiores (grado, diplomaturas, licenciaturas, FP superior)
--	--

10. Situación laboral.

Padre <input type="checkbox"/> En activo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Labores del hogar (no remuneradas) <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensionista	Madre <input type="checkbox"/> En activo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Labores del hogar (no remuneradas) <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensionista
--	--

11. Abuso de tóxicos de los padres.

Padre <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Acohol <input type="checkbox"/> Otras drogas	Madre <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Acohol <input type="checkbox"/> Otras drogas
--	--

12. Padece episodios depresivos.

Padre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	Madre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
---	---

13. Enfermedad grave o discapacidad.

Padre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Madre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Información sobre el ambiente familiar

14. Tipo de familia:
 Nuclear. Monoparental. Extendida. Ensamblada.
15. Convivencia con alguna persona dependiente en la familia.
 No. Grado I. Grado II. Grado III.
16. Número de personas en el núcleo familiar: _____
17. Número de habitaciones en el núcleo familiar: _____
18. Problemas múltiples de la vivienda (se pueden seleccionar varias opciones):
 Falta de agua corriente. Falta de agua caliente. Humedad. Falta de calefacción. Otros.
19. Barrio desfavorecido.
 Sí. No.
20. En el último año la unidad familiar tiene o ha tenido dificultades para llegar a fin de mes.
 Sí. No. NS/NC.
21. Implica el impago de servicios básicos para la vida diaria (renta, hipoteca, calefacción, electricidad, etc.).
 Sí. No. NS/NC.
22. Reciben ayudas económicas o de necesidades básicas (alimentos, ropa, etc.).
 Sí. No. NS/NC.
23. Percepción del estilo de crianza familiar:
 Permisivo. Democrático. autoritario. Sobreprotector.
24. Percepción de conflicto familiar.
 Sí. No. NS/NC.
25. Percepción de factores de riesgo de desatención o desamparo.
 Sí. No. NS/NC.
26. Sospecha de violencia de género.
 Sí. No. NS/NC.
27. Sospecha de maltrato infantil.
 No. Negligencia. Verbal. Físico. Psicológico. Abuso sexual.

Ámbito escolar

28. Dificultades de aprendizaje o de rendimiento escolar.
 Sí. No.
29. Problemas de conducta o comportamiento (violencia escolar).
 Sí. No.
30. Absentismo escolar.
 Sí. No.
31. Sospecha de acoso escolar (Bullying).
 Sí. No.
32. Características del centro escolar.
 Público. Concertado. Privado.

Hábitos del niño relacionados con la salud

33. Desayuna diariamente.
 Sí. No.
34. Comer fruta diariamente.
 Sí. No.
35. Hace tres comidas mínimo al día.
 Sí. No.
36. Higiene adecuada.
 Sí. No.
37. Realizar actividades físicas extraescolares / juego por lo menos una hora al día.
 Sí. No.

38. Sedentarismo.

38.1. Número de horas diarias de consumo de pantalla (móvil, tableta ordenador, televisión) en días escolares. _____

38.2. Número de horas diarias de consumo de pantalla (móvil, tableta, ordenador, televisión) en días festivos. _____

39. Conducta sexual (a partir de 11 años edad).

39.1.1. Sospecha de relaciones coitales prematuras. Sí. No. NS/NC.

39.1.2. Sospecha de indefinición en sus tendencias sexuales. Sí. No. NS/NC.

40. Consumo de sustancias tóxicas.

Alcohol. Tabaco. Cannabis. Marihuana. Otras sustancias.

Estado de salud

41. Desarrollo físico.

Peso: _____ Talla: _____

42. Enfermedades crónicas que padece el niño.

Especificar por orden de importancia.

43. Necesita medicación u otros productos sanitarios de manera crónica. Sí. No.

Especificar. _____

44. Desarrollo sexual correspondiente a su edad.

Sí. No.

45. Retraso del desarrollo psicomotor.

Retraso físico. Retraso psicomotor.

46. Exploración psicopatológica. Retraso en el desarrollo no orgánico (**Pueden seleccionarse varias respuestas**).

Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje.

Trastornos de atención y memoria.

Hiperactividad.

Fracaso escolar.

Problemas emocionales (enuresis, ansiedad, somatizaciones, ...)

47. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Sí. No.

48. Anamnesis y Exploración física.

Falta a las revisiones del niño sano.

Mal vacunado o retraso en la vacunación.

Presencia de caries.

49. Consultas por accidentes que requieren asistencia médica.

Número en los últimos 12 meses. _____

50. Frecuentación en AP en relación con su estado de salud.

Exceso de frecuentación.

Normal para su estado de salud.

Escasa frecuentación.

51. Visitas a urgencias en AP.

Número en los últimos 12 meses. _____

52. Urgencias hospitalarias.

Número en los últimos 12 meses. _____

53. Ingresos hospitalarios.

Número en los últimos 12 meses. _____

Observaciones:

***HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y GRAPE EL TEST KIDSCREEN ANTES DE ENVIARLO**

Procedimiento de registro:

A. Registro de niños de riesgo.

Una vez identificado a un niño con una situación de riesgo (anexo I del protocolo) relacionada con la vulnerabilidad, a juicio del pediatra, se anotará en el estadillo de control y se cumplimentarán las **preguntas 1 a 6 del formulario**.

Se pedirá el Cosentimiento Informado para participar en el estudio.

Si no hay consentimiento, el registro finaliza aquí.

Si hay consentimiento, se continúa con el test KIDSCREEN y el resto del formulario.

B. Registro de niños sin riesgo.

Por cada niño con riesgo de vulnerabilidad registrado se elegirá otro del mismo **grupo de edad (6-7, 8-11, 12-14) y sexo**, que no presente situaciones de vulnerabilidad recogidas en el anexo I del protocolo. Se anotará en el estadillo de control y se cumplimentarán las **preguntas 1 a 6 del formulario**.

Se pedirá el consentimiento informado para participar en el estudio.

Si no hay consentimiento, el registro finaliza aquí.

Si hay consentimiento, se continúa con el test KIDSCREEN y el resto del formulario.

Nota:

Para realizar el test y continuar con el formulario del estudio se debe **pedir autorización** a padres, tutores o personas a cargo que acudan a consulta con el menor (ver hoja de consentimiento informado por escrito), independientemente de que se cumplimente por el niño o por el acompañante del menor.

Test KIDSCREEN:

* Test KIDSCREEN **Padres**: Niños menores de 8 años o cuando el menor sufra alguna limitación que le impida cumplimentarlo.

Lo cumplimentaran los padres/acompañante que acudan a la consulta con el niño.

* Test KIDSCREEN **Niños de 8 a 14 años**: Niños de 8 o más años lo cumplimentaran ellos mismos, importante tener en cuenta que los padres/acompañante no dirijan las contestaciones del niño.

IMPORTANTE:

Mensualmente se cumplimentará y se enviará al **Servicio Territorial** los formularios completados en el mes correspondiente.

A TENER EN CUENTA:

El estadillo es para el control de registros del pediatra, y no necesita ser remitido.

No es necesario remitir el consentimiento informado, que debe ser conservado por el profesional en la HC.

****Haga copia de los formularios antes de proceder a su envío****

