



SERVICIO DE ORIENTACION EDUCATIVA FAMILIAR

DIRECCION PROVINCIAL

DEL

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

BADAJOS

g)

CICLO DE ORIENTACION FAMILIAR

MEDICINA INFANTIL PREVENTIVA

- 1.-Lactancia materna. Alimentación.
- 2.-Vacunaciones.
- 3.-Detección precoz de Errores Innatos del Metabolismo.
- 4.-Deporte.
- 5.-Droga.
- 6.-T.V.
- 7.-Comunicación familiar. Afectividad.
- 8.-Pesadillas y terrores nocturnos.
- 9.-La enuresis, el estreñimiento y la encefesia.
- 10.-Anorexia.
- 11.-Asma.
- 12.-Los celos.
- 13.-Rendimiento escolar.
- 14.-Sexualidad infantil.
- 15.-La adolescencia.
- 16.-El hijo de padres separados.

PONENTE.- DR. D. JUAN JOSE CARDESA, Catedrático de Pediatría  
de la Universidad de Extremadura.



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
Prof. Dr. JUAN J. CARDESA

CIUDAD. \_\_\_\_\_

MEDICINA PREVENTIVA INFANTIL. ENCUESTA.

1. ¿ Ha dado Vd. el pecho a su hijo ?

	NO	SI	¿Cuántos meses?		NO	SI	¿Cuántos meses?
1º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	6º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	7º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	8º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. ¿ Ha vacunado a sus hijos?

	Difteria		¿Cuántas dosis?	Polio		¿Cuántas dosis?	Sarampión.	
	Tétanos	Tos Ferina		NO	SI		Rubeola.	Parotiditis.
	NO	SI		NO	SI		NO	SI
1º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿ Conocía Vd. la detección precoz de los Errores Innatos del Metabolismo y del Hipotiroidismos ?

SI  NO

4. ¿ Realizan sus hijos deporte con regularidad ?

SI  NO

5. ¿ Ha hablado con sus hijos de la droga ?

SI  NO

6. ¿ Cree que alguno de sus hijos ha tomado drogas alguna vez ?

SI  NO



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Prof. Dr. JUAN J. CARDESA

7. 1. ¿ Los días de lunes a jueves, cuántas horas al día, aproximadamente, ven la TV sus hijos ? \_\_\_\_\_  
 2. ¿ Y de viernes a domingo ? \_\_\_\_\_
8. ¿ Les deja ver cualquier tipo de programa ?  
 SI  NO
9. ¿ Cree que la TV disminuye el rendimiento escolar de sus hijos ?  
 SI  NO
10. ¿ Cuántas horas al día está hablando, charlando o jugando con sus hijos ?  
 PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_
11. ¿ Escucha Vd. habitualmente a sus hijos cuando vienen a contarle sus problemas ?  
 PADRE: SI  NO  MADRE: SI  NO
12. ¿ Cree Vd. que conoce bien a sus hijos, concretamente, conoce sus problemas en la Escuela, a través de conversaciones y entrevistas con sus profesores ?  
 PADRE: SI  NO  MADRE: SI  NO
13. Alguno de sus hijos, con cuatro años o más, todavía:  
 1. ¿ se orina ? NO  SI  De día SI  NO  , De noche SI  NO   
 2. ¿ se hace ca-  
 ca en la gasa? NO  SI  De día SI  NO  , De noche SI  NO
14. ¿ Alguno de sus hijos padece Asma ? SI  NO
15. Aparte de sus hijos, ¿ hay algún asmático en la familia?  
 SI  NO
16. Si alguno de sus hijos presenta retardo escolar, ¿ cuál es la causa ? NO  SI  Causa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
Prof. Dr. JUAN J. CARDESA

17. Si sus hijos están en edad de comprender el origen de la vida humana, ¿ ha hablado Vd. personalmente con ellos y se lo ha explicado ?

NO  SI

18. Si Vd. no lo ha hecho, ¿ quién cree Vd. que se lo ha explicado ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. ¿ Cuántos hijos tiene Vd ?

TOTAL

VARONES  EDADES: \_\_\_\_\_

HEMBRAS  EDADES: \_\_\_\_\_

20. Nivel Socio-económico:

	PADRE		MADRE	
	SI	No	SI	No
Sabe leer y escribir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios primarios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bachillerato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitarios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ocupación del padre .....

Ingresos anuales familiares:  menos de 300.000 ptas.  de 300.000 a 1 millón.  más de 1 millón.

CASA: Agua corriente:  Sí,  No. ¿Se lava los dientes?  Sí,  No.

Alcantarillado:  Sí,  No.

Aseos:  Sí,  No.

Ducha y/o baño:  Sí,  No.

Número de hermanos ....., Personas que viven en la casa..... Medio:  Urbano,  Rural.



SERVICIO DE ORIENTACION EDUCATIVA FAMILIAR

DIRECCION PROVINCIAL

DEL

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

BADAJOS

ENCUESTA

PREVENCION DE LA SUBNORMALIDAD Y ASISTENCIA A LA

EMBARAZADA

ZONA EDUCATIVA

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

EDAD  ESTADO CIVIL

PROFESION: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS  ¿TRABAJA EN SU PROFESION?

SI ESTA CASADA, SU MARIDO TRABAJA: 1 En el campo

2 En la industria

3 En los servicios

SI NO ESTAN TRABAJANDO NI VD. NI SU MARIDO

1 Cobran del seguro de desempleo

2 Está jubilados

3 Está en cualquier otra situación de paro

.....

Nº Partos  Nº Abortos  Hijos deficientes físicos

Hijos deficientes psíquicos  Hijos vivos

Vacunaciones  Control embarazo  Mes comenzó control

Nº de visitas

¿Presentó alguna patología durante su embarazo?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Edad a la que tuvo el 1er embarazo

Edad a la que tuvo el último embarazo

¿Ha tenido partos prematuros o pretérminos?

¿Ha tenido partos postérmino?

¿Ha fumado?  ¿Cuántos cigarrillos?  ¿Ha tomado alcohol?

¿Se ha practicado radiografías?

¿Cuántos meses ha transcurrido entre los embarazos:

1º y 2º  2º y 3º  3º y 4º  etc

PARTO

¿Cuántas horas duró?   Parto en Hospital

¿Rompió la bolsa antes de tener contracciones?

¿Se la rompieron?

Con la bolsa rota, ¿cuántas horas tardó en ingresar o producirse el parto?   ¿El líquido fue claro?

¿Los partos fueron espontáneos?   ¿Fueron inducidos?

Fue anestesiada en los partos?

Tipo de parto N<sup>os</sup>.: Espontáneo

Ventosa

Forceps

Cesárea   Episeo-tomía

El niño pesó al nacer: Menos de 2,500 kg. ¿cuántos?

2,501- 3,500 kg. ¿cuántos?

3,501- 4,000 kg. ¿cuántos?

Más de 4,000 kg. ¿cuántos?

PUERPERIO

Lactancia materna   ¿Cuántos?

Patología o problemas en el puerperio (cuarentena)

Patología o problemas de la lactancia:

Mastitis

Grietas