



CENTRO INFANTIL CHILDREN'S PARA EL CONTROL DE PESO – FORMULARIO PARA LOS PADRES (PARENT FORM)

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del niño: _____

Sexo del niño: Masculino Femenino

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

E-mail: _____

Formulario completado por:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre biológica | <input type="checkbox"/> Abuela materna | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva |
| <input type="checkbox"/> Padre biológico | <input type="checkbox"/> Abuelo materno | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela paterna | <input type="checkbox"/> Niño(a) |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo paterno | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Cuál es el origen étnico de su niño(a)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino |
| <input type="checkbox"/> Nativo americano | <input type="checkbox"/> Asiático-americano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | |

¿Necesitará un intérprete?

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Mandarín |
| <input type="checkbox"/> Amhárico | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Criollo (<i>Creole</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bosnio | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Suahili | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Tailandés | <input type="checkbox"/> Laosiano |
| <input type="checkbox"/> Cantonés | | | |

Por favor, marque la casilla que describa mejor el ingreso anual bruto de su familia:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 | |

¿Cuántas personas (de su familia o no) dependen del ingreso arriba indicado? _____

¿Es este ingreso suficiente para cubrir sus gastos mensuales?

- No
 A veces
 Generalmente
 Sí

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU NIÑO(A) Y SUS PREOCUPACIONES, DISPOSICIÓN AL CAMBIO Y EXPECTATIVAS

¿Cuáles son sus preocupaciones acerca de su niño(a)?

- El aumento de peso ha sido Excesivo Moderado Leve
- ¿Tiene otras preocupaciones?

Describa qué ha sucedido con el peso de su niño(a) durante el último año.

- Disminuyó Aumentó Se mantuvo más o menos estable

En comparación con otros niños de la edad de su niño(a), ¿cómo considera usted el peso de él/ella?

- Normal Excesivo Insuficiente

Si usted cree que su niño(a) pesa demasiado, ¿cuáles cree que sean las causas?

- Come demasiado en las comidas Poca o nula actividad
 Come demasiados bocadillos No lo sé.
 Bebe demasiadas gaseosas Otra:

_____ Come en la noche antes de dormir

¿Su niño(a) ha tenido siempre problemas con su peso? Sí No

De no ser así, ¿cuándo comenzó el problema de peso de su niño(a)? Edad: _____

¿Por qué desea su niño(a) bajar de peso?

- Para ser más atractivo(a) /mejorar su apariencia Mejorar su desempeño deportivo
 Comprar ropa diferente Mejorar su autoestima
 Evitar bromas o burlas Incorporarse a un grupo/tener más amigos
 Reducir el riesgo de enfermedades a largo plazo:
 Cáncer Diabetes mellitus
 Enfermedad cardíaca Otra:

¿Usted o su niño(a) tienen alguna expectativa acerca de la cantidad de peso que él/ella desea bajar?

- Sí No

De ser así, ¿cuál es la cantidad? _____ (libras)

¿En cuánto tiempo? _____ (meses)

¿Tiene una báscula en casa en la que su niño(a) pueda pesarse? Sí No

De ser así, ¿su niño(a) se pesa solo/a? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tan a menudo? Diario Cada semana Cada mes Varía

¿Qué tan interesado/a está usted en cambiar el peso de su niño(a)?

- 1 2 3 4 5
 No me interesa en lo absoluto No me interesa mucho Me interesa un poco Me interesa Me interesa mucho

¿Qué tan dispuesto/a está usted a cambiar la alimentación de su niño(a), así como sus cantidades?

- 1 2 3 4 5
 Para nada dispuesto/a No muy dispuesto/a Un poco dispuesto/a Dispuesto/a Muy dispuesto/a

¿Qué tan dispuesto/a está usted a cambiar el nivel de actividad física de su niño(a)?

- 1 2 3 4 5
 Para nada dispuesto/a No muy dispuesto/a Un poco dispuesto/a Dispuesto/a Muy dispuesto/a

¿Qué palabra describe qué tan pronto puede cambiar los hábitos alimenticios de su niño(a)?

- 1 2 3 4 5
 No en este momento Algún día Pronto Ahora Para siempre

¿Qué palabra describe qué tan pronto pueden usted y su niño(a) cambiar sus hábitos de actividad física?

- 1 No en este momento 2 Algún día 3 Pronto 4 Ahora 5 Siempre

¿Qué cree que le ha impedido a su niño(a) modificar su manera de comer?

- No tenía la motivación para cambiar sino hasta ahora
- No estaba interesado/a hasta ahora
- No quería gastar el dinero
- No quería dedicarle el tiempo
- Miedo al cambio
- No sabe cómo cambiar sus hábitos alimenticios
- No quería cambiar sus hábitos alimenticios
- Demasiado estrés en la familia o la escuela

¿Qué cree que le ha impedido a su niño(a) modificar su actividad física?

- No tenía la motivación para cambiar hasta ahora
- No estaba interesado/a hasta ahora
- No quería gastar el dinero
- No quería dedicarle el tiempo
- Miedo al cambio
- No sabe cómo cambiar sus hábitos de actividad
- No quería cambiar sus hábitos de actividad
- Demasiado estrés en la familia o la escuela
- No le gusta hacer ejercicio porque:
 - No le gusta vestirse para hacer ejercicio/para la clase de educación física
 - Le aburre el ejercicio
 - El ejercicio estropea el cabello y las uñas
 - No le gusta sudar
 - No tiene lugar para hacer ejercicio
 - No tiene tiempo para hacer ejercicio
 - Su tarea interfiere con el tiempo para ejercitarse
 - Le interesa más la TV que el ejercicio

¿Qué espera usted que hagamos por su niño(a)?

- Pruebas de laboratorio
- Que le demos una dieta
- Que le recetemos alguna actividad
- Que le demos medicamentos
- Hablar acerca de una cirugía

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS ANTECEDENTES DE CONTROL DE PESO DE SU NIÑO(A)

¿Su niño(a) intentó alguna vez bajar de peso? Sí No

Describa todo lo que su niño(a) ha intentado hacer para bajar de peso. No aplica.

Describa el primer intento.

Edad:

Tipo de programa:

- Autoadministrado en casa Programa grupal

- Supervisado por un dietista Supervisado por un médico
 Programa comercial como Weight Watchers

Número de libras que bajó: _____ libras

¿Durante cuánto tiempo mantuvo el peso que bajó?

- 1 mes 6 meses 1 año Más de 1 año 5 años

Describe el segundo intento.

Edad: _____

Tipo de programa:

- Autoadministrado en casa Programa grupal
 Supervisado por un dietista Supervisado por un médico
 Programa comercial como Weight Watchers

Número de libras que bajó: _____ libras

¿Durante cuánto tiempo mantuvo el peso que bajó?

- 1 mes 6 meses 1 año Más de 1 año 5 años

Describe el tercer intento.

Edad: _____

Tipo de programa:

- Autoadministrado en casa Programa grupal
 Supervisado por un dietista Supervisado por un médico
 Programa comercial como Weight Watchers

Número de libras que bajó: _____ libras

¿Durante cuánto tiempo mantuvo el peso que bajó?

- 1 mes 6 meses 1 año Más de 1 año 5 años

¿Su niño(a) ha tomado medicinas para bajar de peso antes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál era el nombre de la medicina?

- Meridia Xenical Medicina de venta libre
 Otra: _____

¿Cuál era la dosis? _____

¿Cada cuánto tomaba la medicina?

- Dos veces al día Una vez al día. Cada tercer día

¿Durante cuánto tiempo tomó la medicina?

- Menos de 1 mes 1 mes 2 meses 3 meses Más de 3 meses

¿Funcionó la medicina? Sí No

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DE SU NIÑO(A)

¿Cómo describiría el apetito de su niño(a)?

- Quisquilloso Variable Bueno Excelente

¿Cuántas veces come su niño(a) al día?

- 1 2 3 4 Más

¿Cuántas comidas come su niño(a) en casa?

- Ninguna 1 2 3 4 Más

¿Cuántos bocadillos come su niño(a) al día?

- Ninguno 1 2 3 4 Más

¿Cuántos bocadillos come su niño(a) en casa al día?

- Ninguno 1 2 3 4 Más

¿Cuántas veces al día come junta su familia?

- Ninguna 1 2 3 4 Más

¿Quién prepara sus alimentos en casa? _____

¿Su niño(a) sigue alguna dieta especial? Sí No

En caso afirmativo:

- Para perder peso Vegetariana Para diabéticos
 Baja en sal Baja en grasa Comercial para bajar de peso

¿Su niño(a) come la mayor parte de sus alimentos diarios antes o después de las 6 P.M.?

- Antes de las 6 P.M. Después de las 6 P.M.

¿Su niño(a) repite platillos en las comidas? Sí No A veces

¿Qué tamaño de porciones come su niño(a)? Pequeñas Medianas Grandes

¿Qué tan seguido come su niño(a) toda la comida de su plato?

- Regularmente Con frecuencia A veces Casi nunca Nunca
(6-7 veces a la semana) (4-5 veces a la semana) (2-3 veces a la semana) (1 vez a la semana) (0 veces a la semana)

¿Qué tan rápido come su niño(a)? Lentamente Velocidad normal Rápidamente

¿A su niño(a) se le antojan los dulces? Sí No

¿Su niño(a) esconde comida? Sí No

¿Su niño(a) come cuando se siente deprimido/a o ansioso/a? Sí No

¿Su niño(a) come a escondidas cuando nadie le ve? Sí No

¿Alguna vez su niño(a) se ha provocado el vómito después de comer? Sí No

¿Hay alguna comida que su niño(a) no pueda dejar de comer luego de comenzar? Sí No

Si es el caso, ¿cuáles son esos alimentos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carnes | <input type="checkbox"/> Lácteos |
| <input type="checkbox"/> Huevos/queso/crema de maní | <input type="checkbox"/> Grasa |
| <input type="checkbox"/> Verduras | <input type="checkbox"/> Almidón/Pan |
| <input type="checkbox"/> Frutas | <input type="checkbox"/> Dulces |
| <input type="checkbox"/> Caramelos | <input type="checkbox"/> Gaseosas o jugos |

¿En qué momento del día tiene más hambre su niño(a)?

- En la mañana, al despertar
 A media mañana
 A la mitad del día escolar
 Después de la escuela
 A la hora de la cena
 Después de la cena

¿Qué tan seguido su niño(a) come algo en la mañana después de levantarse?

- Regularmente Con frecuencia A veces Casi nunca Nunca
(6-7 veces a la semana) (4-5 veces a la semana) (2-3 veces a la semana) (1 vez a la semana) (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) desayuna en la escuela?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) almuerza regularmente?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) come postre con el almuerzo?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) almuerza en la escuela (o guardería)? Sí No

¿Qué tan seguido almuerza su niño(a) en la escuela?

- Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) elige lo que come en el almuerzo? Sí No

¿Su niño(a) cena regularmente?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) come postre con la cena?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

¿Su niño(a) se levanta durante la noche para comer?

- Regularmente (6-7 veces a la semana) Con frecuencia (4-5 veces a la semana) A veces (2-3 veces a la semana) Casi nunca (1 vez a la semana) Nunca (0 veces a la semana)

Durante la semana pasada, ¿qué tan seguido comió su niño(a) alimentos de algún restaurante de comida rápida?

- Nunca 1 2 3 4 5

¿Su niño(a) consume bebidas endulzadas con azúcar como té dulce, gaseosas, jugos o bebidas de frutas?

- Sí No

¿Su niño(a) bebe gaseosa en la escuela? Sí No

¿Cuánta gaseosa bebe su niño(a) al día?

_____ latas/botellas de 12 onzas _____ botellas de 20 onzas _____ botellas de 1 litro

¿Su niño(a) bebe agua? Sí No

¿Cuántos vasos de agua bebe su niño(a) al día? _____

¿Su niño(a) es alérgico a algún alimento? Sí No

De ser así, ¿a qué alimentos es alérgico/a su niño(a)?

- Pescado Mariscos Cacahuates/maní Otro tipo de nueces
 Leche Trigo Frutas Huevos Otro: _____

¿Su niño(a) come carnes bajas en grasa? Sí No

¿Su niño(a) come panes integrales (panes “oscuros”)? Sí No

¿Su niño(a) le agrega mantequilla o margarina a los vegetales, panes, fideos o arroz? Sí No

¿Su niño(a) le agrega sal a su comida? Sí No

¿Qué tipo de leche bebe normalmente su niño(a)?

Entera Leche 2% Leche 1% Leche descremada
 Chocolate No sabe No bebe leche

¿Su niño(a) presenta gases o hinchazón después de beber leche de vaca? Sí No

¿Qué tipo de aceite usa su familia en casa?

Aceite de canola Aceite de maíz Aceite de cártamo Aceite de oliva Aceite vegetal No sabe

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DE SU NIÑO(A)

¿Su niño(a) es...?

Muy activo/a Algo activo/a Inactivo/a Muy inactivo/a No sabe

¿Qué tan activo/a es su niño(a) en comparación con sus amigos?

Casi igual Más activo/a Menos activo/a No sabe

¿Qué tan capaz es su niño(a) de hacer ejercicio o actividad física?

Muy capaz Algo capaz No muy capaz, se cansa rápidamente Muy incapaz No sabe

¿Qué limitaciones físicas tiene su niño(a), si es que tiene alguna? (enumerar):

En escala del 1 al 10, en donde 1 = niño intensidad y 10 = mayor intensidad, por favor califique la intensidad normal del ejercicio de su niño(a): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Su niño(a) se cansa fácilmente al estar activo/a? Sí No

De ser así, ¿qué tanto se cansa su niño(a)? Ligeramente Moderadamente Severamente

¿Su niño(a) se siente fatigado/a, cansado/a o con sueño la mayor parte del tiempo? Sí No

De ser así, ¿qué tanto se cansa su niño(a)? Ligeramente Moderadamente Severamente

¿Qué hace su niño(a) después de la escuela (o guardería)?

Come un bocadillo Juega afuera Juega dentro
 Mira TV Juega videojuegos Tareas domésticas
 Usa la computadora Hace tarea Va a trabajar
 Otro: _____

En una semana promedio cuando su niño(a) está en la escuela, ¿durante cuántos días asiste a clases de educación física o gimnasia? 0 1 2 3 4 5

Durante los últimos 7 días, ¿su niño(a) hizo ejercicio o participó en alguna actividad física como básquetbol, soccer, correr, natación, correr en bicicleta, bailar rápidamente o actividades aeróbicas similares durante al menos 20 minutos y que hiciera que su corazón latiera con fuerza o que respirase con dificultad?

0 1 2 3 4 5

Durante los últimos 12 meses, ¿en cuántos equipos deportivos participó su niño(a)? Los equipos deportivos incluyen soccer, básquetbol, béisbol, softball, natación, gimnasia, equipos de animadoras, lucha, deportes de pista, fútbol americano, baile, tenis, voleibol y bandas musicales (*marching bands*).

0 1 2 3 4 5

¿Su niño(a) participó durante los últimos 12 meses en alguna otra actividad física organizada o tomó lecciones como karate, baile, gimnasia o tenis? Sí No

Como padre o cuidador/a, ¿cuántos días a la semana hace usted ejercicio?

0 1 2 3 4 5 6 7

¿Su niño(a) tiene una TV en su habitación? Sí No

¿Su niño(a) tiene una computadora en casa? Sí No

En un día normal, ¿durante cuántas horas ve la TV su niño(a) después de la escuela?

No ve TV entonces Menos de 1 hora 1 - 2 horas 3 horas o más

En un día normal de fin de semana ¿durante cuántas horas ve TV su niño(a) desde que se levanta hasta que se va a dormir?

No ve TV entonces Menos de 1 hora 1 - 2 horas 3 horas o más

En un día normal, ¿durante cuántas horas usa su niño(a) la computadora después de la escuela?

No usa la computadora entonces Menos de 1 hora 1 - 2 horas 3 horas o más

En un día normal de fin de semana ¿durante cuántas horas usa la computadora su niño(a) desde que se levanta hasta que se va a dormir?

No usa la computadora entonces Menos de 1 hora 1 - 2 horas 3 horas o más 5 horas o más

¿Qué actividades le gustan a su niño(a)?

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA FAMILIA Y ESCUELA DE SU NIÑO(A) Y DE CÓMO SE SIENTE CONSIGO MISMO/A:

¿Con quiénes vive su niño(a)?

- Con ambos padres juntos
 Con ambos padres separados

¿Cuánto tiempo pasa con su madre?

50% Más del 50% Menos del 50%

¿Cuánto tiempo pasa con su padre?

50% Más del 50% Menos del 50%

- Únicamente con la madre
 Únicamente con el padre
 Abuelo/a materno/a
 Abuelo/a paterno/a
 Tía
 Tío
 Hermano o hermana
 Padre adoptivo

¿Los padres biológicos del/la niño/a están casados, divorciados, separados?

¿Cuántos hermanos y hermanas tiene su niño(a)? ¿Cómo se llaman y qué edades tienen?

Hermanos	Edades
Hermanas	Edades

¿Qué tan bien se lleva el/la niño/a con su madre biológica?

Bien Más o menos Mal Sin contacto Fallecida

¿Qué tan bien se lleva el/la niño/a con su padre biológico?

Bien Más o menos Mal Sin contacto Fallecido

¿Qué tan bien se lleva el/la niño/a con sus hermanos?

Bien Más o menos Mal Sin contacto No tiene hermanos

¿Ha habido cambios recientes en la familia o el estilo de vida de su niño(a)? Sí No

De ser así, ¿qué cambios han ocurrido?

Muerte Enfermedades Cambio de situación económica
 Divorcio Separación Cambio de casa
 Mayor actividad Menos actividad El/la niño/a es nuevo/a en la escuela
 Otro: _____

¿Cuándo sucedieron estos cambios?

Últimos 6 meses El año pasado Últimos 5 años Últimos 10 años

¿Cómo se sienten los demás acerca del peso de su niño(a)? ¿Desaprueban y culpan a su niño(a) por su sobrepeso? ¿Son indiferentes o no tienen una opinión? ¿Son comprensivos y desean ayudar a su niño(a)?

Padre biológico	<input type="checkbox"/> Desaprueba	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Comprensivo
Padrastra	<input type="checkbox"/> Desaprueba	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Comprensivo
Madre biológica	<input type="checkbox"/> Desaprueba	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Comprensiva
Madrastra	<input type="checkbox"/> Desaprueba	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Comprensiva
Hermanos	<input type="checkbox"/> Desaprueban	<input type="checkbox"/> Indiferentes	<input type="checkbox"/> Comprensivos
Abuelos	<input type="checkbox"/> Desaprueban	<input type="checkbox"/> Indiferentes	<input type="checkbox"/> Comprensivos
Primos	<input type="checkbox"/> Desaprueban	<input type="checkbox"/> Indiferentes	<input type="checkbox"/> Comprensivos
Amigos	<input type="checkbox"/> Desaprueban	<input type="checkbox"/> Indiferentes	<input type="checkbox"/> Comprensivos

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA ESCUELA

¿Su niño(a) va a la escuela (o jardín de niños, guardería o Head Start)?

Sí No Estudia en casa

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la escuela?

¿En qué grado escolar está su niño(a)?

Preescolar Jardín de niños 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Universidad

¿A su niño(a) le gusta la escuela? Sí No

¿Cómo son las notas escolares de su niño(a)?

Arriba del promedio (mayormente A y B) Promedio (C) Debajo del promedio (D y F)

¿Su niño(a) tiene amigos en la escuela? Sí No

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DEL ENTORNO DE SU NIÑO(A)

¿Cómo describiría la comunidad en la que vive su hijo?

Ciudad grande Ciudad mediana Ciudad pequeña Área rural

¿Su niño(a) tiene amigos en su vecindario? Sí No

¿Usted considera seguro el vecindario? Sí No

ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE CÓMO SE SIENTE SU NIÑO(A) CONSIGO MISMO/A Y ACERCA DE CÓMO LE TRATAN LOS DEMÁS

¿Cómo se siente su niño(a) consigo mismo/a?

Relativamente feliz Normal Muy descontento/a

¿El peso de su niño(a) afecta a la manera en cómo se siente consigo mismo/a? Sí No

¿Las personas tratan de manera diferente a su niño(a) debido a su peso? Sí No A veces

¿Su niño(a) es excluido/a de actividades debido a su peso? Sí No A veces

Todos se sienten enojados a veces. ¿Y su niño(a)? Sí No A veces

¿Su niño(a) se siente triste casi todos los días o la mayor parte del tiempo? Sí No A veces

¿Qué es lo que hace que su niño(a) se sienta mal?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tener sobrepeso | <input type="checkbox"/> Estar enfermo/a |
| <input type="checkbox"/> Que lo/la excluyan | <input type="checkbox"/> Sacar una mala nota |
| <input type="checkbox"/> Que se burlen de él/ella por su peso | <input type="checkbox"/> No dar su mejor esfuerzo |
| <input type="checkbox"/> Perder un juego o una competencia | <input type="checkbox"/> Ser lastimado/a por un amigo |
| <input type="checkbox"/> Sin razón real | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

¿Le sucede algo de esto a su niño(a) o experimenta alguno de estos sentimientos?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Llorar | <input type="checkbox"/> Sentirse triste o deprimido/a |
| <input type="checkbox"/> No dormir mucho | <input type="checkbox"/> Sentirse atemorizado/a |
| <input type="checkbox"/> Dormir mucho | <input type="checkbox"/> Sentirse preocupado/a |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Sentirse desesperanzado/a |

¿Su niño(a) ha tenido alguna vez problemas de alcoholismo o drogadicción? Sí No

¿Otros niños molestan o se burlan de su niño(a) debido a su peso?

Sí No

De ser así, ¿quién lo/la molesta?

Hermanos Amigos Los chicos de la escuela Otros: _____

¿Las burlas son leves, moderadas o severas?

¿Hay adultos que molesten o se burlen de su niño(a) debido a su peso? Sí No

De ser así, ¿quién lo/la molesta?

Familiares Maestros Amigos de los padres Otros: _____

¿Las burlas son leves, moderadas o severas?

HISTORIAL MÉDICO Y USO DE MEDICAMENTOS

HISTORIAL DE NACIMIENTO, INFANCIA Y PRIMEROS AÑOS DE LA NIÑEZ

¿Cuál fue el peso de su niño(a) al nacer? _____ libras _____ onzas No sabe

¿Cuántas semanas duró el embarazo? _____ No sabe

¿El embarazo fue a término? Sí No Si fue prematuro, ¿qué tanto? _____

¿La madre padeció diabetes durante el embarazo? Sí No No sabe

¿Cuánto subió de peso la madre durante el embarazo? _____ libras No sabe

¿Su niño(a) fue amamantado/a? Sí No No sabe

De ser así, ¿durante cuánto tiempo se le amamantó?

1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses
 Más de 6 meses Más de un año No sabe

¿Su niño(a) fue alimentado/a con fórmula láctea? Sí No No sabe

Nombre de la fórmula: _____ Concentración: _____

¿Durante cuánto tiempo se le dio fórmula láctea?

1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses
 Más de 6 meses Más de un año No sabe

¿Su niño(a) tuvo problemas de alimentación durante la infancia? Sí No No sabe

De ser así, describa los problemas de alimentación:

Asfixia Se negaba a comer Escupía Se negaba a comer ciertos alimentos
 Vómito Otro: _____

¿Su niño(a) tenía sobrepeso a los 2 años? Sí No No sabe

¿Sus vacunas están al día? Sí No No sabe

Describa los indicadores de desarrollo (sentarse, hablar, caminar y cuidado personal independiente)

Normales Retrasados

HISTORIAL MÉDICO Y ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez han hospitalizado a su niño(a)? Sí No

De ser así, ¿qué edad tenía su niño(a) al momento de su hospitalización y cuál fue la causa?

Edad: _____
 Razón: _____

Edad: _____
 Razón: _____

Edad: _____
 Razón: _____

¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía? Sí No
 De ser así, ¿qué edad tenía su niño(a) y cuál fue la causa de la cirugía?

Edad: _____
 Razón: _____

Edad: _____
 Razón: _____

Edad: _____
 Razón: _____

¿Algún familiar tiene o tuvo alguna de las siguientes condiciones o procedimientos quirúrgicos?

Padecimiento	Madre	Padre	Abuelo / abuela materno/a	Abuelo / abuela paterno/a	Tío/Tía Materno/a	Tío/Tía Paterno/a
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol o triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos de la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad ovárica poliquística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Su niño(a) toma medicinas? Sí No

Medicamentos actuales	Dosis

¿Su niño(a) es alérgico/a a alguna medicina? Sí No

Si es así, ¿a cuáles?

¿Su niño(a) tiene alergias ambientales (al polvo, polen)? Sí No

¿Su niño(a) es alérgico al látex? Sí No

¿Su niño(a) ha usado alguna vez esteroides como la prednisona o inhaladores? Sí No

En caso afirmativo: Prednisona Inhalador

¿Cuál era la dosis?

¿Cada cuándo tomaba la medicina?

Según la necesitaba Una vez al día. Dos veces al día Tres veces al día
 Cada tercer día Una vez a la semana.

¿Durante cuánto tiempo tomó la medicina?

Menos de 1 mes 1 mes 2 meses 3 meses Más de 3 meses

¿Por qué razón tomaba los esteroides?

Asma Hiedra venenosa u otra erupción de la piel

HISTORIAL DE LA CONDICIÓN ACTUAL: ESTAS SON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD GENERAL DE SU NIÑO(A)

¿Su niño(a) tiene dolor en el abdomen? Sí No

De ser así, ¿cómo es el dolor del abdomen?

Ardor Constante Cólicos/espasmos Leve Agudo

¿Cómo describe su niño(a) el dolor del abdomen?

Sin dolor
 Duele un poco
 Duele un poco más
 Duele aún más
 Duele mucho
 Duele tanto como pueda imaginarlo

¿Su niño(a) tiene problemas para tragar (deglutir)? Sí No

¿Su niño(a) tiene dolor al tragar (deglutir)? Sí No

¿Su niño(a) siente náuseas? Sí No

¿Su niño(a) se provoca el vómito? Sí No

¿Él/ella vomita de manera espontánea? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderada Grave

¿Su niño(a) tiene problemas de diarrea? Sí No

¿Su niño(a) está estreñido? Sí No

¿Su niño(a) tiene dolor relacionado con el estreñimiento? Sí No

¿Su niño(a) tiene problemas para defecar o necesita permanecer sentado/a durante mucho tiempo para defecar? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderado Grave

¿Su niño(a) tiene problemas de asfixia? Sí No

¿Su niño(a) tiene problemas para masticar? Sí No

¿Su niño(a) tiene problemas con sus dientes? Sí No

¿Su niño(a) tiene dolor de pecho? Sí No

De ser así, ¿cómo es el dolor del pecho?

Ardor Constante Cólicos/espasmos Leve Agudo
 Irradiado

¿Cómo describiría el dolor de pecho de su niño(a)?

Sin dolor Duele un poco Duele un poco más Duele aún más Duele mucho
 Duele tanto como pueda imaginarlo

¿Dónde se localiza el dolor de pecho? Lado derecho Lado izquierdo Espalda

¿El dolor se asocia con...? Reposo, sin actividad Ejercicio leve Ejercicio pesado

¿Su niño(a) tiene dificultad para respirar? Sí No

De ser así, la dificultad para respirar se asocia con...

Reposo, sin actividad Ejercicio leve Ejercicio pesado

¿Su niño(a) duerme sobre almohadas o en una silla debido a la dificultad para respirar? Sí No

¿Su niño(a) se sienta durante la noche debido a la dificultad para respirar? Sí No

¿Su niño(a) tiene inflamación de los pies o el abdomen? Sí No

¿Su niño(a) tiene palpitaciones o arritmia? Sí No

¿Su niño(a) se desmaya? Sí No

¿Alguna vez ha tenido su niño(a) una convulsión, desvanecimiento o desmayo? Sí No

Si respondió SÍ, por favor descríbalos:

¿Alguna vez su niño(a) ha sufrido un golpe en la cabeza que le haya dejado inconsciente? Sí No

Si respondió SÍ, ¿cuántas veces? _____

¿Cuándo? _____

¿Durante cuánto tiempo permaneció inconsciente su niño(a)? _____

¿Su niño(a) sufrió pérdida de la memoria de antes o después del accidente?

Sí No

Si respondió SÍ, por favor describa:

¿Alguna vez su niño(a) ha experimentado debilidad muscular en las manos, pies o cara? Sí No

¿Su hijo tiene dolores de cabeza? Sí No

De ser el caso, ¿dónde se localiza el dolor de cabeza?

- Parte superior de la cabeza Lado derecho de la cabeza Lado izquierdo de la cabeza
 Parte trasera de la cabeza Cuello/hombros Rostro
 Ojos

Describe la gravedad de los dolores de cabeza. Leve Moderada Grave

¿Su niño(a) tiene dolor y/o inflamación de las articulaciones? Sí No

De ser el caso, ¿dónde se localiza el dolor y/o la inflamación?

- Cadera Rodilla Tobillo Codo Mano

¿Tiene enrojecimiento? Sí No

¿Tiene inflamación? Sí No

¿Tiene dolor al tacto en las articulaciones? Sí No

¿Las articulaciones se sienten tibias al tacto? Sí No

Describe la gravedad del dolor y/o inflamación de las articulaciones. Leve Moderada Grave

¿Su niño(a) se siente adormilado/a durante el día? Sí No

¿Su niño(a) ronca durante la noche? Sí No

¿Su niño(a) deja de respirar durante cortos periodos de tiempo mientras duerme? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderado Grave

¿Su hijo tiene presión arterial elevada (hipertensión)? Sí No

De ser el caso, ¿a qué edad se la diagnosticaron? _____ años No sabe

¿Controla la presión arterial con medicamentos? Sí No

Si es así, ¿con qué medicamentos?

¿Su niño(a) tiene diabetes no insulino dependiente o tipo 2? Sí No

De ser el caso, ¿a qué edad se la diagnosticaron? _____ años

¿Está controlada su diabetes? Sí No

¿Cuál fue el nivel más reciente de HgBA₁C de su niño(a)? _____ %

¿Su niño(a) tiene diabetes insulino dependiente o tipo 1? Sí No

De ser el caso, ¿a qué edad se la diagnosticaron? _____ años

¿Está controlada su diabetes? Sí No

¿Cuál fue el nivel más reciente de HgBA₁C de su niño(a)? _____ %

¿Su niño(a) tiene problemas respiratorios o asma? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderada Grave

¿Su hijo tiene erupciones en la piel? Sí No

De ser el caso, ¿dónde se localiza la erupción?

- Cara/cuello Brazos/manos Tronco Pliegue de la piel Piernas/pies

¿Su niño(a) tiene demasiado vello? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderada Grave

¿Su niño(a) tiene líneas moradas o azules en la piel? Sí No

Describe la gravedad del problema. Leve Moderada Grave

PACIENTES FEMENINOS EXCLUSIVAMENTE¿Su hija ya tuvo su primera menstruación? Sí No

De ser el caso, ¿a qué edad comenzaron sus periodos? _____ años

¿Cómo describiría sus periodos?

- Periodos normales Falta de periodos Periodos poco frecuentes
 Periodos frecuentes, más de una vez al mes Actualmente embarazada

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Su niño(a) tiene antecedentes de los siguientes padecimientos?

CORAZÓN	SÍ	NO	COMENTARIOS
Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatismo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RESPIRACIÓN	SÍ	NO	COMENTARIOS
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MÚSCULOS Y HUESOS	SÍ	NO	COMENTARIOS
Trastornos óseos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RIÑONES Y VEJIGA	SÍ	NO	COMENTARIOS
Infecciones de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orina frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GLÁNDULAS	SÍ	NO	COMENTARIOS
Trastornos de las glándulas suprarrenales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SANGRE	SÍ	NO	COMENTARIOS
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NERVIOS	SÍ	NO	COMENTARIOS
Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ESTÓMAGO/HÍGADO	SÍ	NO	COMENTARIOS
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cálculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otros problemas o preocupaciones importantes de salud:

Formulario IWQOL para hijos y padres

Nos interesa saber más sobre la manera en la que el peso de su niño(a) puede afectar los diferentes aspectos de su vida. Por favor, responda las siguientes oraciones marcando con un círculo la respuesta que mejor se aplique a su niño(a) durante los últimos siete días. Sea tan sincero/a como sea posible: No hay respuestas correctas o incorrectas.

Comodidad física		SIEMPRE ES CIERTO	GENERALMENTE ES CIERTO	A VECES ES CIERTO	RARAMENTE ES CIERTO	JAMÁS ES CIERTO
1.	Mi niño(a) evita usar escaleras siempre que es posible debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.	Mi niño(a) tiene dificultad para agacharse a atar sus zapatos o recoger algo del suelo debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.	Mi niño(a) tiene dificultad para desplazarse debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.	Mi niño(a) tiene dificultad para encontrar asientos en lugares públicos (cines, bancas escolares, asientos de restaurantes, etc.) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.	A mi niño(a) le duelen las rodillas o los tobillos debido a su peso	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.	Mi niño(a) tiene dificultad para cruzar las piernas debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Estima corporal		SIEMPRE ES CIERTO	GENERALMENTE ES CIERTO	A VECES ES CIERTO	RARAMENTE ES CIERTO	JAMÁS ES CIERTO
7.	Mi niño(a) se avergüenza de su cuerpo debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
8.	A mi niño(a) no le agrada mucho su cuerpo debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
9.	Mi niño(a) trata de no mirarse en espejos o fotografías debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10.	Mi niño(a) tiene dificultad para creer los cumplidos que recibe de los demás debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.	Mi niño(a) tiene falta de seguridad en sí mismo/a debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
12.	Mi niño(a) evita realizar actividades para las que deba usar pantalones cortos o traje de baño debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
13.	Mi niño(a) tiene dificultad para comprar ropa debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
14.	A mi niño(a) no le gusta cambiarse de ropa o desvestirse enfrente de otras personas debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
15.	A mi niño(a) le avergüenza hacer pruebas para participar en actividades escolares debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Vida social		SIEMPRE ES CIERTO	GENERALMENTE ES CIERTO	A VECES ES CIERTO	RARAMENTE ES CIERTO	JAMÁS ES CIERTO
16.	La gente molesta o se burla de mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
17.	La gente habla de mi niño(a) a sus espaldas debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
18.	La gente evita pasar tiempo con mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
19.	La gente mira fijamente a mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
20.	Mi niño(a) tiene problemas para hacer o mantener amistades debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
21.	La gente no cree que mi niño(a) sea muy inteligente debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Relaciones familiares		SIEMPRE ES CIERTO	GENERALMENTE ES CIERTO	A VECES ES CIERTO	RARAMENTE ES CIERTO	JAMÁS ES CIERTO
22.	Mis familiares tratan a mi niño(a) de manera diferente a como tratan a otras personas debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23.	Mis familiares hablan de mi niño(a) a sus espaldas debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
24.	Una o más personas de la familia rechazan a mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
25.	Los padres de mi niño(a) no están orgullosos de él/ella debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
26.	Mis familiares se burlan de mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
27.	Mis familiares no quieren ser vistos con mi niño(a) debido a su peso.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Evaluación Familiar (FAD)

A continuación se presentan varias oraciones acerca de las familias. Por favor, lea cuidadosamente cada oración y decida qué tanto describe a su propia familia. Usted debe responder de acuerdo a cómo perciba su propia familia.

Para cada oración hay cuatro posibles respuestas:

1 = Totalmente de acuerdo Seleccione el número 1 si cree que la oración describe a su familia **con mucha precisión**.

2 = De acuerdo Seleccione el número 2 si cree que la oración describe a su familia **en gran medida**.

3 = En desacuerdo Seleccione el número 3 si cree que la oración no describe **muy bien** a su familia.

4 = Totalmente en desacuerdo Seleccione el número 4 si cree que la oración no describe a su familia **en absoluto**.

Trate de no pasar mucho tiempo pensando en cada oración. Responda tan rápida y honestamente como pueda. Si tiene problema con alguna, responda según su primera reacción. Por favor, asegúrese de responder *todas* las oraciones y de marcar todas sus respuestas en el espacio que se proporciona para ello.

1) Planear actividades familiares es difícil porque no nos entendemos entre nosotros.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

2) Resolvemos la mayoría de los problemas cotidianos en casa.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

3) Cuando alguien está molesto, los demás saben por qué.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

4) Cuando le pide a alguien que haga algo, tiene que cerciorarse de que lo haga.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

5) Si alguien tiene problemas, los demás se involucran demasiado.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

6) En momentos de crisis nos apoyamos entre todos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

7) No sabemos qué hacer cuando hay una emergencia.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

8) En ocasiones se nos terminan las cosas que necesitamos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

9) No mostramos afecto por los demás con facilidad.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

10) Nos cercioramos de que los miembros de la familia conozcan sus responsabilidades.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

11) No podemos hablar con los demás acerca de la tristeza que sentimos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

12) Por lo general somos congruentes con nuestras decisiones cuando se trata de problemas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

13) Los demás sólo se interesan en alguien cuando algo es importante para ellos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

14) No es posible saber cómo se siente alguien por lo que dice.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

15) Las obligaciones familiares no están bien distribuidas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

16) Aceptamos a las personas tal como son.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

17) Podemos romper fácilmente las reglas sin que haya consecuencias.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

18) Decimos las cosas directamente en vez de insinuarlas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

19) Algunos de nosotros no mostramos nuestros sentimientos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

20) Sabemos qué hacer en una emergencia.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

21) Evitamos hablar acerca de nuestros miedos y preocupaciones.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

22) Es difícil hablar de sentimientos de cariño entre nosotros.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

23) Tenemos problemas para cubrir nuestros gastos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

24) Después de que nuestra familia intenta resolver un problema, por lo general discutimos si funcionó o no.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

25) Somos demasiado egocéntricos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

26) Podemos expresar nuestros sentimientos entre nosotros.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

27) No tenemos expectativas claras acerca del uso del sanitario.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

28) No demostramos afecto entre nosotros.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

29) Hablamos directamente con las personas en vez de recurrir a intermediarios.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

30) Cada uno de nosotros tiene deberes y responsabilidades propias.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

31) Hay muchos resentimientos en la familia.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

32) Tenemos reglas acerca de no golpear a las personas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

33) Nos involucramos con los demás sólo cuando algo nos interesa.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

34) No hay mucho tiempo para explorar intereses personales.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

35) A menudo no somos sinceros con lo que decimos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

36) Nos sentimos aceptados tal como somos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

37) Mostramos interés en los demás únicamente cuando podemos obtener algún beneficio personal.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

38) Solucionamos la mayoría de los problemas emocionales que se nos presentan.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

39) En nuestra familia, la ternura es menos importante que otras cosas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

40) Hablamos acerca de quién debe hacer algún que hacer doméstico.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

41) Tomar decisiones es problemático en nuestra familia.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

42) Nuestra familia sólo muestra interés en los demás cuando puede obtener algún beneficio.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

43) Somos sinceros con los demás.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

44) No respetamos reglas o normas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

45) Si a alguien se le pide que haga algo, es necesario recordárselo.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

46) Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

47) Si se rompen las reglas, no sabemos qué esperar.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

48) Todo vale en nuestra familia.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

49) Expresamos afecto.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

50) Hacemos frente a los problemas emocionales.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

51) No nos llevamos muy bien cuando estamos juntos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

52) No hablamos entre nosotros cuando estamos enojados.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

53) Por lo general estamos en de acuerdo con las obligaciones familiares que se nos asignan.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

54) A pesar de que lo hacemos con buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

55) Tenemos reglas para situaciones peligrosas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

56) Confiamos en los demás.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

57) Lloramos abiertamente.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

58) No contamos con un medio de transporte razonable (una manera de desplazarse).

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

59) Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho se lo decimos.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

60) Tratamos de pensar en diferentes maneras para resolver los problemas.

1 Totalmente de acuerdo 2 De acuerdo 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

Índice de Estrés Parental (PSI)

Este cuestionario consta de 36 oraciones. Lea cada oración cuidadosamente. En cada oración, por favor concéntrese en el niño que trajo a la clínica de control de peso y marque la respuesta que represente mejor su opinión.

1) A menudo siento que no puedo manejar bien las cosas.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

2) Me parece que ocupo más de mi vida para cubrir las necesidades de mi niño(a) de lo que nunca imaginé.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

3) Me siento atrapado/a por mis responsabilidades como padre/madre.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

4) Desde que tengo a este/a niño(a) no he podido hacer cosas nuevas y diferentes.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

5) Desde que tengo a este/a niño(a) siento que casi nunca puedo hacer lo que me gusta.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

6) No estoy feliz con la última ropa que compré para mí.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

7) Hay muchas cosas en mi vida que me molestan.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

8) Tener un/a niño(a) me ha causado más problemas de los esperados en la relación con mi cónyuge (o pareja).

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

9) Me siento solo/a y sin amigos.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

10) Cuando voy a una fiesta, por lo general no espero divertirme.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

11) No me interesan tanto las personas como antes.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

12) No disfruto las cosas tanto como antes.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

13) Mi niño(a) casi nunca hace cosas para mí que me hagan sentir bien.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

14) A veces siento que mi niño(a) no me quiere y no quiere estar cerca de mí.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

15) Mi niño(a) me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

16) Cuando hago algo por mi niño(a), siento que no aprecia mucho mi esfuerzo.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

17) Cuando juega, mi niño(a) no se ríe.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

18) Mi niño(a) no parece aprender tan rápido como la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

19) Mi niño(a) no parece sonreír tanto como la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

20) Mi niño(a) no puede hacer tantas cosas como yo esperaba.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

21) A mi niño(a) le toma mucho tiempo y esfuerzo acostumbrarse a cosas nuevas.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

22) Creo que soy

- No muy bueno/a como padre/madre
- Una persona que tiene problemas para ser padre/madre
- Un/a padre/madre promedio
- Un/a padre/madre mejor que el promedio
- Un/a excelente padre/madre

23) Esperaba sentir más apego y cariño por mi niño(a) de los que siento, y eso me molesta.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

24) A veces mi niño(a) hace cosas que me molestan a propósito.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

25) Mi niño(a) parece hacer más alboroto y llorar más que la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

26) Mi niño(a) por lo general despierta de mal humor.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

27) Me parece que mi niño(a) es muy temperamental y se enoja fácilmente.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

28) Mi niño(a) hace algunas cosas que me molestan mucho.

Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

29) Mi niño(a) reacciona exageradamente cuando pasa algo que no le gusta.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

30) Mi niño(a) se enoja fácilmente por cosas sin importancia.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

31) Los horarios de sueño y de comidas de mi niño(a) fueron mucho más difíciles de establecer de lo que yo esperaba.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

32) He aprendido que el hecho de hacer que mi niño(a) haga o deje de hacer algo es:

- Mucho más difícil de lo que yo esperaba
- Más difícil de lo que yo esperaba
- Tan difícil como yo esperaba
- Más fácil de lo que yo esperaba
- Mucho más fácil de lo que yo esperaba

33) Piense cuidadosamente y cuente las cosas que su niño(a) hace y que le molestan a usted. Por ejemplo: pierde el tiempo, se niega a escuchar, llora, interrumpe, pelea, se queja, etc.

- 10+ 8-9 6-7 4-5 1-3

34) Hay otras cosas que mi niño(a) hace y que me molestan mucho.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

35) Mi niño(a) ha resultado ser un problema más grande de lo que yo esperaba.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

36) Mi hijo me exige más cosas que la mayoría de los niños.

- Totalmente de acuerdo De acuerdo No estoy seguro/a En desacuerdo Totalmente en desacuerdo