

<u>ALIMENTACIÓN</u> (continuación)	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Fruta (naranjas, manzanas, peras...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas (coliflor, brécol, alcachofa, espinaca, acelgas, lechuga, cebolla, pimiento, tomate, patata...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres (garbanzos, lentejas, habichuelas, alubias, judías, guisantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales (arroz, avena, cebada, centeno, maíz, mijo, trigo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yogur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburguesas o perritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta (pizza, lasaña y espagueti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan de molde (sándwiches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan integral (dietético)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes de ave (pollo, gallina, pato...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado azul (sardinas, salmón, caballa, atún, pez espada, besugo, bonito, boquerones...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado blanco (bacalao, merluza, lenguado, japuta, rape...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de girasol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. ¿Sueles desayunar los días de colegio o instituto?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 40).

39. ¿Con qué frecuencia sueles desayunar los siguientes alimentos o bebidas?

<u>DESAYUNO</u>	Todos los días	Una vez a la semana	Una vez al mes	Rara vez	Nunca
Leche (sola o con cacao)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumo de frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galletas o magdalenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastelitos, dulces, tortas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tostada de pan con mantequilla o margarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tostada de pan con aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales (Kellogg's, Nestlé, Choco Krispies...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocadillo con embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Churros (jeringos o porras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. ¿Sueles comer alguna cosa durante el recreo del colegio o instituto (sin tener en cuenta las “chuches”)?

- Sí, siempre
- Algunas veces.
- Nunca.

• Continuamos con algunas preguntas sobre tu salud.

41. ¿Cómo crees que estás de salud?

- Muy sano.
- Bastante sano.
- Regular de sano.
- Poco sano.
- Nada sano.

42. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado por las mañanas cuando vas al colegio o instituto?

- Siempre.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Rara vez o nunca.

43. De las siguientes molestias o problemas de salud que una persona puede sufrir, ¿marca cuáles presentas y con qué frecuencia te ocurren?

	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez o nunca
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar mareado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de piernas o de brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Si durante el último mes te ha ocurrido algún accidente por el que te haya tenido que atender un médico, señala con una **X** lo que te pasó y dónde. Puedes señalar más de un casilla por cada tipo de accidente.

	CASA	COLEGIO O INSTITUTO	CALLE	NO ME HA PASADO
Hueso roto (fractura de hueso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcedura o esguince	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida que necesitó de puntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordedura o arañazo de algún animal (por ejemplo, perro o gato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Durante el último mes, ¿has tenido que ir al médico por algún problema de salud (por ejemplo, por alguna molestia indicada en las preguntas anteriores)?

- Sí.
- No.

46. Durante el mes pasado, ¿has tomado medicinas (pastillas, supositorios, inyecciones, jarabes...), para algo de lo siguiente?

	Sí	No
Medicinas para un resfriado o gripe (mocos, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una infección (antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una diarrea o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas contra el cansancio (como vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para aumentar las ganas de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para poder dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para otros problemas distintos a los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
- Para terminar, las últimas preguntas serán sobre tus sentimientos, entorno y amistades.
-

47. En general, ¿cómo te sientes en tu vida actualmente?

- Soy feliz.
- Medianamente feliz.
- Poco feliz.
- Nada feliz.

48. ¿Te gusta ir al colegio o instituto?

- Sí.
- No.

49. En tu opinión, ¿qué crees que piensan tus profesores de tu rendimiento escolar, es decir, que crees que tus profesores piensan de ti como estudiante?

- Bueno.
- Regular.
- Malo.
- No lo sé.

50. ¿Qué tal te resulta hablar o comunicarte con las siguientes personas sobre los temas que te preocupan?

	Fácil	Difícil	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. ¿Con qué facilidad haces nuevos amigos?

- Me resulta fácil hacer amigos.
- Me resulta difícil hacer amigos.

52. ¿Con qué frecuencia sueles estar con tus amigos, después de salir del colegio o instituto?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Al menos una vez a la semana.
- Rara vez o nunca.
- No tengo amigos.

53. En este momento, ¿tienes algún amigo/a íntimo (tu mejor amigo/a)?

- Sí.
- No.

54. Actualmente, ¿estás saliendo con alguien (novio/a)?

- Sí.
- No.

55. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?

- Siempre.
- Bastantes veces.
- Algunas veces.
- Rara vez o nunca.

56. En un día normal de colegio o instituto, ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Alguna vez a la semana	Rara vez o nunca
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. En un día de descanso (sin colegio o instituto), ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Alguna vez a la semana	Rara vez o nunca
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YA HAS TERMINADO LA ENCUESTA, POR FAVOR, ENTREGÁSELA A LA PERSONA ENCARGADA DE RECOGERLA.

!!!GRACIAS POR TU AYUDA!!!