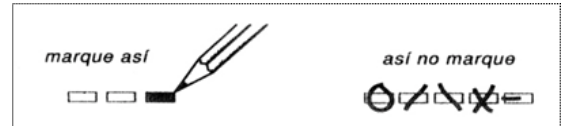


CUESTIONARIO DE FAMILIAS

Proyecto **PACO**

En todas las preguntas se debe marcar solo una respuesta, a no ser que se indique lo contrario.

Es importante que **conteste a todas las preguntas** utilizando bolígrafo azul o negro, rellenando **completamente** los cuadros de la opción de respuesta elegida, tal y como se muestra en la imagen de la derecha. Muchas gracias.



Fecha de hoy			Hora de inicio (formato 24h)		Centro	Código	Cohorte	Edad (familiar que responde el cuestionario)
Día	Mes	Año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Fecha de nacimiento de su hijo/a		
Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Nivel de su hijo/a	
1 <input type="checkbox"/> Primaria	
2 <input type="checkbox"/> Secundaria	
3 <input type="checkbox"/> Bachillerato	
Curso	Grupo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

Usted es:
1 <input type="checkbox"/> Madre
2 <input type="checkbox"/> Padre
3 <input type="checkbox"/> Otro (escribalo):
.....

Su hijo es:
1 <input type="checkbox"/> Niño
2 <input type="checkbox"/> Niña

¿En qué país nació ...		
	España	Otro (escribalo):
la Madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el Padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
su Hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombres y Apellidos de su hijo/a (MAYÚSCULA):	
DATOS DEL ENCUESTADO/A (MAYÚSCULA):	
Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección postal: (Calle, número, piso, letra)	
Ciudad/Pueblo:	Código Postal:

1. ¿Cómo va habitualmente su hijo/a al centro educativo? (Marque solo una opción. Si combina varios modos de transporte, indique aquel en el que invierta más tiempo).

Andando	Bici	Coche	Moto	Autobús escolar	Autobús público	Metro/Tren /Tranvía	Otro (escríbalo):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cómo vuelve habitualmente su hijo/a del centro educativo? (Marque solo una opción. Si combina varios modos de transporte, indique aquel en el que invierta más tiempo).

Andando	Bici	Coche	Moto	Autobús escolar	Autobús público	Metro/Tren /Tranvía	Otro (escríbalo):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿VA su hijo/a acompañado/a de adultos al centro educativo? Sí No A veces

4. ¿VUELVE su hijo/a acompañado/a de adultos del centro educativo? Sí No A veces

5. Si su hijo/a va o vuelve acompañado/a del centro educativo, ¿quién le acompaña habitualmente? (Puede marcar varias opciones).

Va solo/a	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Otros niños/adolescentes	Otros adultos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿A qué distancia del centro educativo vive su hijo/a?

Menos de 0,5 km	De 0,5 a menos de 1,5 km	De 1,5 a menos de 3 km	De 3 a menos de 6 km	6 km o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Cuánto tarda habitualmente su hijo/a en llegar al centro educativo, desde que sale de casa?

Menos de 5 minutos	De 5' a menos de 15'	De 15' a menos de 30'	De 30' a menos de 60'	60 minutos o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Cómo va habitualmente al trabajo? (Marque solo una opción. Si combina varios modos de transporte, indique aquel en el que invierta más tiempo).

No trabaja	Trabaja en casa	Andando	Bici	Coche	Moto	Autobús público	Metro/Tren/ Tranvía	Otro (escríbalo):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿A qué distancia vive de su trabajo?

No trabaja	Menos de 0,5 km	De 0,5 a menos de 1,5 km	De 1,5 a menos de 3 km	De 3 a menos de 6 km	6 km o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que tiene?

Sin estudios	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Formación Profesional	Universitarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--

¡Pon aquí el código!

0 3	A 2 5

11. ¿Tiene su hijo/a su propia habitación?

Sí No

12. ¿Tienen contratado acceso a internet?

Sí No

13. ¿Cuántos ordenadores (fijos y portátiles) tienen en su casa?

Ninguno Uno Dos Más de dos

14. ¿Tienen algún vehículo motorizado de 4 ruedas en su casa?

15. ¿Cuántos conductores con licencia viven en su casa (incluido/a usted)?

16. ¿Cuál es el salario mensual aproximado de la unidad familiar (euros)?

Ninguno	<499	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-4999	>5000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Qué distancia considera aceptable para que su hijo/a realice el camino al centro educativo ANDANDO solo/a, acompañado/a de menores de 18 años (amigos/as, hermanos/as, vecinos/as...) o acompañado/a de adultos?

	Ninguna	Menos de 0,5 km	De 0,5 a menos de 1,5 km	De 1,5 a menos de 3 km	De 3 a menos de 6 km	6 km o más
Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Qué distancia considera aceptable para que su hijo/a realice el camino al centro educativo en BICI solo/a, acompañado/a de menores de 18 años (amigos/as, hermanos/as, vecinos/as...) o acompañado/a de adultos?

	Ninguna	Menos de 0,5 km	De 0,5 a menos de 1,5 km	De 1,5 a menos de 3 km	De 3 a menos de 6 km	6 km o más
Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Con qué edad permitiría a su hijo/a realizar el camino al centro educativo ANDANDO?

	≤ 7 años	8-9 años	10-11 años	12-13 años	14-15 años	16-17 años	≥ 18 años
Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Con qué edad permitiría a su hijo/a realizar el camino al centro educativo en BICI?

	≤ 7 años	8-9 años	10-11 años	12-13 años	14-15 años	16-17 años	≥ 18 años
Solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañado/a de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Cuántos adultos del barrio van y/o vuelven acompañando a sus hijos/as andando o en bici al centro educativo?

Ninguno	Pocos	Bastantes	Todos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. A continuación, se presentan situaciones que pueden encontrarse en el día a día. Señale hasta qué punto estas situaciones pueden afectar a su decisión de no permitir que su hijo/a vaya/vuelva andando o en bicicleta al centro educativo. (Marque solo una opción para cada pregunta).

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	¿Dejaría a su hijo/a ir andando o en bicicleta al centro educativo si la situación mejorara?	
Situaciones generales						
1 Hay una larga distancia desde casa al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2 Hay mucho tráfico en la ruta al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3 Su hijo/a tiene actividades antes y/o después de las clases y lo dificulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4 Los coches van muy rápido en la ruta al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5 Se tarda mucho tiempo desde casa al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6 Falta de seguridad en las intersecciones y cruces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7 No hay guardias o policía en los cruces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8 Hay violencia y/o crimen en la zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9 Hace mucho frío/calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10 Hay mucha lluvia/nieve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11 Su hijo/a transporta mucho peso en la mochila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sobre andar						
12 Resulta más conveniente conducir que llevarlo andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13 No hay otros adultos andando en la ruta desde casa al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
14 No hay aceras o están en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15 No hay otros niños/as con los que ir andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16 Es aburrido para su hijo/a ir andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17 No hay otros padres que lleven a los niños/as andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sobre bicicleta						
18 Resulta más conveniente conducir que llevarlo en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
19 No hay otros adultos que van en bici en la ruta desde casa al centro educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
20 No hay carril bici o está en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21 No hay lugar en el centro educativo para dejar la bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22 No hay otros niños/as con los que ir en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
23 Es aburrido para su hijo/a ir en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
24 No hay otros padres que lleven a los niños/as en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
25 Otras situaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
.....						

--	--	--	--

¡Pon aquí el código!

--	--

0 5

--	--	--

A 2 5

23. Marque la respuesta con la que más se sienta identificado correspondiente a la zona donde vive (esta zona es la que se encuentra en torno a tu casa y que puede recorrer andando en 10-15 minutos, lo que representa 1-2 km a la redonda). (Marque solo una opción para cada pregunta).

En la zona donde vive:	Si	No	
1 La mayoría de las viviendas son chalets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Las tiendas están a mano para ir andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Las paradas de transporte público están cerca para ir andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Hay un parque cerca de casa al que se puede ir andando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Caminar es peligroso debido al tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Caminar es peligroso debido al nivel de delitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Hay árboles en las calles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 En mi casa tengo material deportivo pequeño como un balón, raquetas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No trabajo
9 Mi lugar de trabajo o estudio proporciona bicicletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Mi lugar de trabajo o estudio proporciona subvención para el transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. ¿Es agradable la zona donde vive para salir a pasear o ir en bicicleta? (Marque solo una opción para cada pregunta).

La zona donde vivo:	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1 Ofrece un ambiente agradable para caminar e ir en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la zona donde vivo:	Ninguno	Unos pocos	Bastantes	Muchos
2 Los edificios están limpios y sin pintadas (grafiti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hay bastantes árboles en las calles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hay edificios mal mantenidos, vacíos o feos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor responda cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense en aquellas actividades que hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro y en su tiempo libre de descanso, ejercicio físico o deporte. Piense acerca de todas aquellas **actividades INTENSAS** que realizó en los últimos 7 días durante al menos 10 minutos seguidos. Actividades intensas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal.

25. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas INTENSAS tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta? (Marque solo una opción).

Ninguna actividad física intensa <input type="checkbox"/>	➔	Pase a la pregunta 27						
Días por semana	1	2	3	4	5	6	7	

EJEMPLO para cumplimentar las siguientes preguntas: “En los últimos 7 días, he realizado habitualmente en uno de esos días 1 hora y 27 minutos de Actividad Física Intensa”.

Horas y	01	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
minutos (por día)	27	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

26. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física INTENSA en uno de esos días?

Horas y	□□	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
minutos (por día)	□□	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

No sabe / no está seguro/a
<input type="checkbox"/>

Piense acerca de todas aquellas **actividades MODERADAS** que realizó en los últimos 7 días durante al menos 10 minutos seguidos. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte de lo normal.

27. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo actividades físicas MODERADAS tales como transportar pesos livianos o pedalear en bicicleta a velocidad constante? No incluya caminar. (Marque solo una opción).

Ninguna actividad física moderada <input type="checkbox"/>	→	Pase a la pregunta 29
Días por semana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	

28. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física MODERADA en uno de esos días?

Horas y	□□	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
minutos (por día)	□□	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

No sabe / no está seguro/a
<input type="checkbox"/>

Piense acerca del tiempo que dedicó a **caminar** en los últimos 7 días durante al menos 10 minutos seguidos. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro o cualquier otra caminata que hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

29. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos? (Marque solo una opción).

No camino <input type="checkbox"/>	→	Pase a la pregunta 31
Días por semana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	

--	--	--	--

¡Pon aquí el código!

0	7

A	2	5

30. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

Horas y		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
minutos (por día)		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

No sabe / no está seguro/a
<input type="checkbox"/>

La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció **sentado/a** en la semana en los últimos 7 días. Incluye el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, estudiando y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado/a en un escritorio, visitando amigos/as, leyendo o permanecer sentado/a o acostado/a mirando televisión.

31. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasó SENTADO/A durante un día hábil?

Horas y		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
minutos (por día)		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

No sabe / no está seguro/a
<input type="checkbox"/>

32. ¿Cómo considera que es su nivel de actividad física incluyendo el trabajo y el tiempo libre? (Marque solo una opción para cada pregunta).

Muy poco activo/a	Un poco activo/a	Activo/a	Muy activo/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido su hijo/a algún tipo de enfermedad/patología diagnosticada de tipo respiratorio (ejemplo: asma, bronquitis, disnea, etc.)?

Sí No Indica cuál:

34. ¿Tiene alguna sugerencia / observación sobre el cuestionario? ¡Cuéntenosla!

Hora de fin (formato 24h)

	:		

0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	6 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>
	7 <input type="checkbox"/>		7 <input type="checkbox"/>
	8 <input type="checkbox"/>		8 <input type="checkbox"/>
	9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

