**Formulario de quinta visita (6 meses de vida)**

Te recordamos que para cualquier duda en relación con la cumplimentación de este formulario puedes consultar el documento "Recomendaciones para el PAP de la Red" (<https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/recomendaciones_para_los_pap.pdf>) o ponerte en contacto con tu coordinador(a) autonómico/a (<https://www.aepap.org/grupos/papenred/integrantes>)

Secciones:

- S. Datos de identificación

- S. Cuestionario sobre LM y alimentación

- S. Apoyo recibido a la LM y satisfacción de la madre

* S Alimentación complementaria

- S. Salud y desarrollo del niño

**1.- SECCIÓN DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**1.-1: Código de PAP:** Las dos iniciales de la comunidad en mayúsculas seguidas del n. º de orden, sin espacios (p. ej. MA23; no pongas ma 23 ni Ma\_23...). Si el n. º de orden es de sólo una cifra añade un 0 delante (p. ej. MA03): Ver en “Recomendaciones para PAP” o consultar al coordinador de la CC. AA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

**1.2: Código del niño:** Es el nº de PAP en Red (en mayúsculas y sin espacio entre letras y número) seguido de un guion y del nº de orden del niño (p.ej. MA23-1): \_\_\_\_\_-\_\_\_

**1.-3: Número visita:** **Visita 5: 6 meses de vida**

**1.-4: Código de visita:** El código estará compuesto por: tu código de PAPenRed seguido de un guion y el número de inclusión de este niño en el estudio seguido de otro guion y el 5 correspondiente a la quinta visita (ejemplo para esta quinta visita: si tu código es AS03, el primer niño incluido será AS03-1-5 el segundo, AS03-2-5; etc.)**:**  -\_\_- **5**

**Fecha de la visita:** \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- SECCIÓN CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN**

**2.-1:** **MÉTODO DE ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ**

**Indique, por favor. En los últimos 7 días ¿cómo ha alimentado a su bebé?**

(Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en el apartado 4)

1. Solo ha recibido leche materna: **Lactancia materna Exclusiva (LME**)
2. Ha recibido leche materna y también agua y bebidas a base de agua (agua endulzada/ tés, infusiones): **Lactancia materna predominante**
3. Ha recibido otros tipos de leche además de la leche materna: **Lactancia Mixta**
4. Recibió lactancia materna y ahora sólo lactancia artificial: **Lactancia Artificial tras abandono de lactancia materna**

1. **Siempre recibió lactancia artificial**

*Responda a continuación a las preguntas del apartado que corresponda a la alimentación que está dando a su bebé (Ha de escoger entre el 1 y el 5)*

**(1) Lactancia Materna Exclusiva (LME) sólo recibe lactancia materna**

* Indique cómo está ofreciendo el pecho a su bebé:
  + A demanda (cuando lo pide o llora)
* Siguiendo un horario
* Si sigue un horario ¿Cuántas tomas de promedio hace al día (Sume las del día y de la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/24 horas
  + En ambos casos, tanto si la lactancia es: a demanda como con horario:
    - Cuántas veces de promedio toma por la noche entre las 12 y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/noche. [*Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].*

**(2) Lactancia materna predominante. Recibe además de leche materna agua y bebidas a base de agua (agua endulzada/ tés, infusiones).**

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando empezó a darle otros líquidos?

- *Ya respondido en visita (s) anterior(es)*

- 4 meses 5 meses 6 meses

* ¿Por qué decidió añadir otros líquidos? *Se pueden elegir varias respuestas*
* Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta*
* Decisión propia
* Consejo de pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Consejo de familiar
* Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique cómo está ofreciendo el pecho a su bebé
  + A demanda (cuando lo pide o llora)
  + Siguiendo un horario
* Si sigue un horario: ¿Cuántas tomas de promedio hace al día

(Sume las del día y de la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/24 horas

* En ambos casos, tanto si la lactancia es: a demanda como con horario ¿Cuántas veces de promedio toma por la noche entre las 12 y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_ tomas/noche. *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]*

**(3) Lactancia Mixta. Recibe otros tipos de leche además de la leche materna**

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando empezó a darle leche de fórmula?
* *Ya respondido en visita(s) anterior(es)*
* 4 meses 5 meses 6 meses
* ¿Cuáles fueron las razones para añadirle otro tipo de leche diferente a la materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
* Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta* 
  + Decisión propia
  + Tenía la sensación de tener poca leche

V

* + Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
* El bebé ganaba poco peso
* Tenía dolor en los pechos
* Tenía grietas
* Mastitis
* Frenillo del bebé
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo de pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Consejo de familiar
* Trabajo materno
* Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas hace al día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tomas/ 24 horas
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_ biberones/ 24 horas. (Si es alguna vez, ponga < 1 al día)
* Indique por favor el tipo de leche de fórmula que toma su bebé
* Fórmula de inicio (1)
* Fórmula de continuación (2)
* Fórmula hidrolizada
* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cantidad aproximada de cada biberón: < de 90 ml 91 a 120 ml 121 a 150 ml

De151 a 180 ml de 181 a 210 ml de211 a 240 ml > de 241ml

* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/ noche*. [Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]*

**(4) Lactancia artificial tras abandono de lactancia materna. Recibió leche materna, pero ya no la recibe**

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejó de darle leche materna?
* *Ya respondido en visita(s) anterior(es)*
* 4 meses 5 meses 6 meses
* ¿Cuáles fueron las razones para dejar de administrarle leche materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
* Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta*
* Fue una decisión propia
* Tenía la sensación de tener poca leche
* Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
* El bebé ganaba poco peso
* Tenía dolor en los pechos
* Tenía grietas
* Mastitis
* Frenillo del bebé
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo del pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Consejo familiar
* Trabajo materno
  + Si una de las razones principales de abandonar la lactancia materna ha sido el trabajo materno indique qué situación se parece más a la suya:
    - Ha dejado de dar el pecho por completo porque el horario era muy difícil de compaginar (turnos, guardias…)
    - Ha dejado de dar el pecho por completo porque no se iba a poder sacar la leche en el trabajo
    - Ha dejado de dar el pecho por completo porque el trabajo tiene riesgos para la Lactancia Materna
    - Ha dejado de dar el pecho por completo por decisión propia
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor el tipo de fórmula que toma su bebé
* Fórmula de inicio (1)
* Fórmula de continuación (2)
* Fórmula hidrolizada
* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja…)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique la cantidad media aproximada de cada biberón: < de 90 ml 90 a 120 ml

De 121 a 150 ml De 151 a 180 ml De 181 a 210 ml De 211 a 240ml

> de 241 ml

* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/noche. *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]*
* **(5) Lactancia artificial desde el inicio. Decidió no ofrecer leche materna desde el inicio**
* Indique por favor el tipo de leche de fórmula que toma su bebé
* Fórmula de inicio (1)
* Fórmula de continuación (2)
* Fórmula hidrolizada
* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ biberones
* Indique la cantidad aproximada de cada biberón: < 90 ml 90 a 120 ml

De 121 a 150 ml De151 a 180ml De 181 a 210 ml De 211 a 240m >241ml

* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_ tomas/noche. *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].*

**3,- SECCIÓN APOYO RECIBIDO PARA LA LACTANCIA MATERNA Y SATISFACCION DE LA MADRE (Responder los apartados de esta sección solo si el bebé está recibiendo lactancia materna)**

**Código de la quinta visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.-1 ¿Cómo está progresando la lactancia materna?:**

* Muy bien
* Bien
* Regular
* Mal

**3.-2 Escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF**

Para cada una de las siguientes frases, escoger la que mejor describe la seguridad con la que se encuentra amamantando a su bebé

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nada en absoluto  1 | En absoluto  2 | No estoy segura  3 | Casi siempre  4 | Siempre  5 |
| 1 | Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche |  |  |  |  |  |
| 2 | Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida |  |  |  |  |  |
| 3 | Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento |  |  |  |  |  |
| 4 | Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma |  |  |  |  |  |
| 5 | Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mi |  |  |  |  |  |
| 6 | Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando |  |  |  |  |  |
| 7 | En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé |  |  |  |  |  |
| 8 | Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia |  |  |  |  |  |
| 9 | Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí |  |  |  |  |  |
| 10 | Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo |  |  |  |  |  |
| 11 | Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro |  |  |  |  |  |
| 12 | En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé |  |  |  |  |  |
| 13 | Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide |  |  |  |  |  |
| 14 | Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no |  |  |  |  |  |
|  | Puntuación total |  |  |  |  |  |

**3.-3 Lactancia y trabajo materno**

**¿Cuál de estas cuestiones se parece más a su situación actual?**

* No está trabajando
* Está trabajando y los datos constan en la visita previa y la situación **No** se ha modificado
* Está trabajando, registró los datos en visita previa y la situación **Sí** se ha modificado **/** o **ha comenzado ahora a trabajar**
  + Si elige este esta última opción: Indique lo que más se parece a su situación actual

*Puede responder a varias opciones*

* Le da el pecho antes de salir de casa, por la tarde y por la noche
* Se saca la leche en casa
* Se saca la leche en el trabajo
* Ya tenía una reserva de leche extraída
* Solo le da el pecho dos veces al día
* Tiene horario flexible y puede adaptarlo a las necesidades del bebé
* No tiene problemas porque trabaja desde su domicilio
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-4 Lactancia y guardería o escuela infantil**

Si su hijo(a) acude a la guardería o escuela infantil, exponer por favor la actitud general del personal respecto a la lactancia materna

*Puede marcar varias opciones*

* Siempre me han animado
* Puedo ir a darle el pecho a cualquier hora
* Aceptan biberones de leche extraída que yo llevo
* No se habla del tema
* Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-5 ¿Cómo gestiona el hecho de tener que dar el pecho en público si tiene que hacerlo?:**

* Procura no hacerlo, le da mucha vergüenza
* Lo hace de forma discreta, procura taparse
* Lo hace cuando hace falta, faltaría mas

**4,- SECCIÓN ALIMENACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Código de la quinta visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4-1: Indique la edad de introducción de los siguientes alimentos (indicarlo en meses, pueden incluirse decimales; por ejemplo: 5 meses y medio, 6 meses, etc.**  **Si aún no se ha introducido el alimento, anotar: "no introducido")**

* Cereales sin gluten\_\_\_\_\_
* Cereales con gluten (pan, galletas, papillas, etc…)\_\_\_\_\_
* Frutas (enteras, troceadas o en papilla) \_\_\_\_\_
* Verduras \_\_\_\_\_\_
* Aves\_\_\_\_\_\_
* Carne\_\_\_\_\_\_\_
* Pescado\_\_\_\_\_\_\_
* Yema de huevo\_\_\_\_\_\_
* Clara de huevo\_\_\_\_\_\_
* Legumbres\_\_\_\_\_\_
* Leche de vaca\_\_\_\_\_\_
* Yogures, quesos o derivados lácteos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frutos secos (triturados) \_\_\_\_\_\_\_

**4.2: Frecuencia de comidas diferentes a la leche recibidas en el día**

Ya ha respondido en otra pregunta acerca del número de tomas de leche (materna o adaptada) que hace su hijo (a) en el día. Ahora, responda por favor al número de comidas que hace de otros alimentos (sólidos, semisólidos o blandos).

* No ha empezado a tomar otros alimentos distintos de la leche
* Toma alimentos diferentes de la leche ocasionalmente (menos de una vez al día)

* Toma alimentos diferentes de la leche diariamente, al menos una vez al día.

- Si ha elegido la última opción en la pregunta anterior: Indique el número de veces en el día que su bebé toma alimentos diferentes a la leche, aunque los tome mezclados con la leche (por ejemplo, si su hijo(a) toma una vez al día cereales mezclados con leche y otra vez al día fruta (en papilla o troceada), deberá registrarse como 2 veces)

1 2 3 4 5 6 > de 6

**5- SECCIÓN SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO/A (Quinta visita)**

**Código de la quinta visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5.-1: Somatometría, hábitos y satisfacción con el desarrollo:**

Peso del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_gramos (No incluir decimales)

Longitud del niño(a) \_\_\_\_, \_\_\_\_cm (Incluir un decimal separado de una coma)

IMC (no anotarlo, se calculará automáticamente a partir de los datos del peso y longitud)

Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_\_, \_\_\_cm (Incluir un decimal separado de una coma)

* Cuidador principal:

Madre Padre Ambos Abuelos Otro familiar

Cuidador contratado Guardería Escuela infantil Otra, detalle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Si la madre del bebé trabaja, indique la edad que tenía el bebé cuando empezó a trabajar
  + Edad en meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si acude a guardería o escuela infantil (asistencia de más de 2 horas al día más de 3 días a la semana): Edad de inicio:
  + Ya respondida en visita anterior 4 meses 5 meses 6 meses
* ¿Está satisfecha con los progresos en el crecimiento del niño (a)?:
  + Muy satisfecha Satisfecha Parcialmente satisfecha

Insatisfecha Muy insatisfecha

* ¿Su bebé usa chupete? Sí No
* ¿Cuántas horas de promedio duerme su bebé? (Sume las del día y de la noche) \_\_
  + < de 10 horas entre 10 horas y 13 horas y 59 minutos

entre 14 y 18 horas > de 18 horas

* Como promedio ¿Cuántas veces de madrugada (entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana) se ha despertado para ser alimentado o por cualquier otra razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor dónde duerme habitualmente:
* En la cama de los padres
* En cuna en la habitación de los padres
* En cuna de colecho/cuna sidecar
* En cuna fuera de la habitación de los padres

* Otras, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.2-: Edad de Adquisición de los Principales ítems del Desarrollo Psicomotor:**

**Adaptado de Tabla de desarrollo Haizea-Llevant. Para cada una de estas frases, señalar la opción que más se adecua al bebé: NO adquirido aún; Si adquirido o No valorable** (Los casos “No valorables” pueden aclararse al final de la encuesta en observaciones/sugerencias...). Para una correcta cumplimentación, puede consultarse el documento *Indicaciones para valorar el Desarrollo Psicomotor en el estudio LAyDI* en la siguiente dirección:

<https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/indicaciones_para_valorar_el_desarrollo_psicomotor_en_el_estudio_laydi.pdf>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hitos del desarrollo** | **No adquirido** | **Si adquirido** | **No valorable** |
| **Mira sus manos** |  |  |  |
| **Persecución óptica vertical** |  |  |  |
| **Persecución óptica horizontal** |  |  |  |
| **Busca objeto caído** |  |  |  |
| **Come galleta u otro alimento** |  |  |  |
| **Ríe a carcajadas** |  |  |  |
| **Balbucea** |  |  |  |
| **Dirige la mano al objeto** |  |  |  |
| **Cambia objetos de mano** |  |  |  |
| **Se quita el pañuelo de la cara** |  |  |  |
| **Apoyo antebrazos** |  |  |  |
| **Reacciones paracaidísticas laterales** |  |  |  |

Área de Socialización Área del lenguaje y lógica matemática

Área de manipulación            Área postural

**5.3: Calendario vacunal:**

* ¿Ha recibido las vacunas **RECOMENDADAS** en la Comunidad Autónoma hasta/en esta edad?
  + Sí No
* En el caso en que **NO** haya recibido todas las vacunas recomendadas en Calendario de la Comunidad Autónoma, indicar las vacunas que **NO** le han sido administradas desde la visita anterior (Puede escoger varias respuestas)
  + Hepatitis B Difteria Tétanos Tosferina

* + Poliomielitis Haemophilus influenza B



* + Antineumocócica conjugada Meningococo C

* + Otras, Detalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Indicar el motivo para la NO administración de las mismas:
    - Retraso temporal (enfermedad intercurrente, ingreso...)

* + - Contraindicación médica

* + - Reacción a dosis vacunal previa

* + - Negativa de los padres
    - Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indicar las vacunas que **SÍ** se han administradas y que **NO** están **INCLUIDAS** en calendario de la Comunidad Autónoma.
  + No ha recibido ninguna vacuna NO incluida en el calendario vacunal de la

Comunidad Autónoma Rotavirus MenB

**5.-4: Morbilidad** Desde la visita anterior hasta hoy.

* ¿Ha precisado ingreso hospitalario? Sí No
  + En caso afirmativo: Diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Ha debutado con alguna enfermedad crónica? Sí No
* En caso afirmativo indica el diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Ha tenido algún otro tipo de problemas como?: Cólico del lactante

Regurgitaciones Vómitos Estreñimiento Muguet

Intolerancia alimentaria Otros, detalle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.-5 Registrar** el número de episodios padecidos de las siguientes patologías desde la tercera visita (a los 2 meses). El número de episodios padecidos de los que tengas constancia o te informe la familia, independientemente de donde haya sido atendido el niño: en tu consulta, urgencias, otras consultas

**Tabla 3.- Tabla adaptada de Prevalencia de problemas de salud en la población asignada a atención primaria 2012 (BDCAP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patologías** | **Número de episodios** |
| Infección respiratoria aguda del tracto superior (Resfriado común) |  |
| Otitis media aguda |  |
| Faringoamigdalitis aguda |  |
| Amigdalitis aguda (Estreptocócica) |  |
| Enfermedades de los dientes/encías |  |
| Bronquitis aguda |  |
| Bronquiolitis aguda |  |
| Conjuntivitis |  |
| Dermatitis/eccema atópico |  |
| Gastroenteritis aguda |  |
| Dermatitis de contacto/alérgica |  |
| Episodios de sibilancias |  |
| Enfermedades víricas exantemáticas |  |
| Sinusitis |  |
| Neumonía |  |
| Otras: |  |
|  |  |

* **CONCLUSIÓN.** Puedes incluir aquí cualquier dificultad, duda o sugerencia que te haya surgido

Al rellenar este formulario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**VOLCAR ESTA ENCUESTA EN: <https://tinyurl.com/LAyDI-PAPenRED-5>**