



HOJA NARANJA

Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria

HOJA NARANJA

Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria

Fecha registro ___/___/___

Código

SALUD DEL NIÑO/A

El niño padece alguna enfermedad crónica de relevancia clínica

Diabetes Intolerancia digestiva TDH
Cardiopatía Deficiencia intelectual Asma
Osteoarticular Otro problema del neurodesarrollo Otras

Consideras que la frecuentación a la consulta corresponde con el estado de salud físico del niño/a

1 2 3 4 5 6 7
Totalmente inadecuado Totalmente adecuado

Valora la capacidad de la familia para facilitar al niño/a unos cuidados de salud adecuados

1 2 3 4 5 6 7
Totalmente inadecuado Totalmente adecuado

Antecedentes familiares de enfermedad mental y/o alcoholismo u otras drogodependencias:

Otras observaciones:

PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR Y DEL NIÑO/A

En relación con el consumo de alcohol y otras drogas

Valoración de la familia

Estilo educativo de los padres

Autoritarios Permisivos Democráticos

Clima dentro de la familia

1 2 3 4 5 6 7
Nada conflictivo Muy conflictivo

Relaciones familiares entre los miembros de la familia

1 2 3 4 5 6 7
Malas relaciones Buenas relaciones

Percepción de la familia en relación a los factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol y otras drogas

1 2 3 4 5 6 7
Poco protegida Muy protegida



CUESTIONARIO AMBIENTE SOCIOFAMILIAR DEL NIÑO/A

La Consejería de Sanidad y Política Social con la colaboración del Servicio Murciano de Salud estamos realizando un estudio para conocer el ambiente sociofamiliar de tu hijo/a, por ello te rogamos contestes con la mayor sinceridad a este breve cuestionario y lo devuelvas a pediatría. Muchas gracias por tu colaboración.

1. Edad del padre y de la madre

Padre Madre

2. Nº de hermanos y edades

Hermano	Edad	Hermano	Edad

3. Señala con quién o quienes convive actualmente el hijo:

- Padre Pareja del padre
 Madre Pareja de la madre
 Hermanos. Nº de hermanos con los que convive _____
 Con otros familiares (tíos, abuelos,...). Quienes _____
 Otros (especificar) _____

4. Nivel educativo más alto alcanzado por los padres

	Padre	Madre
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formación Profesional Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Situación laboral

	Padre	Madre
Trabaja sólo en las tareas de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabaja (sin incluir tareas de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está en paro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es pensionista o está jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fallecido ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. En el caso de estar en paro o buscando empleo, ¿Cuánto tiempo llevas en esta situación?

	Padre	Madre
Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 2 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Cómo calificarías la situación económica de tu familia?

1 2 3 4 5 6 7

La peor posible La mejor posible

8. Tu familia participa de manera activa o regularmente en las siguientes actividades:

- En alguna asociación o colaboración con alguna Organización humanitaria o social
- Actividades deportivas, culturales o sociales
- Prácticas o actividades religiosas

9. Con qué frecuencia participa en ellas

Al menos 1/semana 2 o 3 al mes 2 o 3 al trimestre 1 al año

10. Cuando le propones a tu hijo/a actividades para hacer juntos en familia, ¿cómo responde?

1 2 3 4 5 6 7

Poco agrado Mucho desagrado

11. Realiza tu hijo/a alguna de las siguientes actividades: (puedes seleccionar varias)

- Pertenece a un club o asociación deportiva.
- Sale con regularidad de excursión, viajes, actividades al aire libre.
- Participa en actividades artísticas o culturales.
- Tiene aficiones: actividades manuales, coleccionismo, lectura.
- Otras (especificar) _____

12. En la última evaluación ha suspendido dos o más asignaturas

Si No

13. ¿Ha repetido algún curso?

Si No

22. Consideras que las normas sociales (leyes, debate social sobre el consumo, etc.) en relación con las siguientes drogas es:

		Poco restrictivo				Muy restrictivo								
Alcohol	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"/>
Tabaco	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"/>
Cánnabis	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"/>

23. De las siguientes sustancias dime en qué medida te parece aceptable su consumo de manera habitual

		Nada aceptable				Totalmente aceptable								
Alcohol	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"/>
Tabaco	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"/>
Cánnabis	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"/>

24. En relación con tu hijo/a en qué medida te preocupa que pueda relacionarse en la calle con personas que consumen las siguientes sustancias:

		Ninguna preocupación				Mucha preocupación								
Alcohol	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"/>
Tabaco	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"/>
Cánnabis	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"/>

25. En el caso de que consumas bebidas alcohólicas de manera habitual, ¿Te has encontrado en alguna de estas situaciones?

		Padre		Madre	
		Si	No	Si	No
¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido en alguna ocasión mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tabaco				Cánnabis			
	Fumador	Exfumador	No Fumador	Nº Cigarrillos/Día	Fumador	Exfumador	No Fumador	Nº Semanal
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

