

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X la respuesta que elija de cada pregunta.

- |  |                         |                    |                  |          |
|--|-------------------------|--------------------|------------------|----------|
| 1. ¿Usa aparatos eléctricos en el baño?  | Sí                      | No sé              | No               |          |
| 2. ¿Mantiene los aparatos eléctricos y los cables fuera del alcance de su hijo(a)?             | Siempre                 | A veces            | Nunca            |          |
| 3. ¿Mantiene los fósforos y encendedores de cigarrillos fuera del alcance de su hijo(a)?       | Siempre                 | A veces            | Nunca            |          |
| 4. ¿Fuma alguien en su casa?   | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 5. ¿Tiene un plan de escape de la casa en caso de incendio?                                    | Sí                      | No                 |                  |          |
| 6. ¿Tiene en casa extinguidores de incendio que funcionen?                                     | Sí                      | No sé              | No               |          |
| 7. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen?  | Sí                      | No                 |                  |          |
| 8. ¿Ha revisado la temperatura del agua caliente de su residencia?                             | Indique temperatura.    |                    |                  | No sé    |
| 9. Al poner ollas y cacerolas en la estufa, ¿coloca los mangos fuera del alcance de los niños? | Siempre                 | A veces            | Nunca            |          |
| 10. ¿Deja a su niño(a) solo en la tina de baño?  | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 11. ¿Lleva a su niño(a) cuando va en un barco?   | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 12. ¿Hay una alberca (piscina) o una tina eléctrica para masajes en su casa?                   | Sí                      | No                 |                  |          |
| 13. ¿Deja que su niño(a) nade sin supervisión?   | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 14. ¿Lleva a su niño(a) con usted cuando va en bicicleta?                                      | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 15. ¿De qué modo asegura a su niño(a) cuando va en auto?                                       | En asiento de seguridad | En silla elevadora | Con cinturón     | Sin nada |
| 16. ¿Deja a su niño(a) solo en el auto?  | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 17. ¿En qué parte del auto sienta a su niño(a)?  | Adelante                | Atrás              | Adelante o atrás |          |
| 18. ¿Tiene su auto bolsa de aire para el pasajero?   | Sí                      | No                 |                  |          |
| 19. ¿Cierra con seguro las puertas del auto antes de comenzar a manejar?                       | Siempre                 | A veces            | Nunca            |          |
| 20. ¿Juega su niño(a) a la entrada del garaje, en la calle o cerca de la calle?                | A menudo                | En ocasiones       | Nunca            |          |
| 21. ¿Revisa los juguetes de su niño(a) para ver si presentan algún peligro?                    | Siempre                 | A veces            | Nunca            |          |

## Encuesta de seguridad Framingham

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X la respuesta que elija de cada pregunta.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. ¿Usa aparatos eléctricos en el baño?  | <input type="checkbox"/> Sí                                 | <input type="checkbox"/> No sé              | <input checked="" type="checkbox"/> No                                  |
| 2. ¿Mantiene los aparatos eléctricos y los cables fuera del alcance de su hijo(a)?             | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre                 | <input type="checkbox"/> A veces            | <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 3. ¿Mantiene los fósforos y encendedores de cigarrillos fuera del alcance de su hijo(a)?       | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre                 | <input type="checkbox"/> A veces            | <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 4. ¿Fuma alguien en su casa?   | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 5. ¿Tiene un plan de escape de la casa en caso de incendio?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                      | <input type="checkbox"/> No                 |   |
| 6. ¿Tiene en casa extinguidores de incendio que funcionen?                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                      | <input type="checkbox"/> No sé              | <input type="checkbox"/> No   |
| 7. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen?  | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                      | <input type="checkbox"/> No                 |   |
| 8. ¿Ha revisado la temperatura del agua caliente de su residencia?                             | <input type="checkbox"/> _____<br>Indique temperatura.      |   | <input type="checkbox"/> No sé  |
| 9. Al poner ollas y cacerolas en la estufa, ¿coloca los mangos fuera del alcance de los niños? | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre                 | <input type="checkbox"/> A veces            | <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 10. ¿Deja a su niño(a) solo en la tina de baño?  | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 11. ¿Lleva a su niño(a) cuando va en un barco?   | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 12. ¿Hay una alberca (piscina) o una tina eléctrica para masajes en su casa?                   | <input type="checkbox"/> Sí                                 | <input checked="" type="checkbox"/> No      |   |
| 13. ¿Deja que su niño(a) nade sin supervisión?   | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 14. ¿Lleva a su niño(a) con usted cuando va en bicicleta?                                      | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 15. ¿De qué modo asegura a su niño(a) cuando va en auto?                                       | <input checked="" type="checkbox"/> En asiento de seguridad | <input type="checkbox"/> En silla elevadora | <input type="checkbox"/> Con cinturón <input type="checkbox"/> Sin nada |
| 16. ¿Deja a su niño(a) solo en el auto?  | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 17. ¿En qué parte del auto sienta a su niño(a)?  | <input type="checkbox"/> Adelante                           | <input checked="" type="checkbox"/> Atrás   | <input type="checkbox"/> Adelante o atrás                               |
| 18. ¿Tiene su auto bolsa de aire para el pasajero?   | <input type="checkbox"/> Sí                                 | <input checked="" type="checkbox"/> No      |   |
| 19. ¿Cierra con seguro las puertas del auto antes de comenzar a manejar?                       | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre                 | <input type="checkbox"/> A veces            | <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 20. ¿Juega su niño(a) a la entrada del garaje, en la calle o cerca de la calle?                | <input type="checkbox"/> A menudo                           | <input type="checkbox"/> En ocasiones       | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca                               |
| 21. ¿Revisa los juguetes de su niño(a) para ver si presentan algún peligro?                    | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre                 | <input type="checkbox"/> A veces            | <input type="checkbox"/> Nunca  |