

Nombre _____ Fecha _____

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

- | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Hay una pistola en su casa o en la casa donde cuidan a su niño(a) o donde va a jugar? | Sí | No sé | No |
| 2. ¿Deja que su niño(a) maneje una cortadora de césped a motor? | Sí | No | No tengo cortadora mecánica |
| 3. ¿Alguno de sus hijos ha sufrido una lesión por la que haya tenido que ir al médico o a un hospital. | Sí. ¿Cuántas veces? _____ | No recuerdo | No |
| 4. ¿Con qué frecuencia se revisa el sistema de calefacción en donde vive? | Nunca | Por lo menos una vez al año | Cada dos o tres años |
| 5. ¿Usted y sus hijo(a) saben cómo salir de la casa de modo seguro en caso de incendio? | Sí | No | |
| 6. ¿Fuma alguien en su casa? | A menudo | En ocasiones | Nunca |
| 7. ¿Juega su niño(a) con fósforos o encendedores? | A menudo | En ocasiones | Nunca |
| 8. ¿Tiene en casa extinguidores de incendio que funcionen? | Sí | No sé | No |
| 9. ¿Juega su niño(a) con petardos o chispitas? | A menudo | En ocasiones | Nunca |
| 10. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen? | Sí | No | |
| 11. ¿Sabe su hijo(a) nadar? | Sí | No | |
| 12. ¿Conoce su hijo(a) las reglas de seguridad al nadar y lanzarse al agua? | Sí | No sé | No |
| 13. ¿Usa su hijo(a) un chaleco salvavidas cuando va en un bote o barco? | Siempre | A veces | Nunca |
| 14. ¿Usa su hijo(a) una silla elevadora o un cinturón de seguridad siempre que va en auto? | Sí | No | |
| 15. ¿Tiene su auto una bolsa de aire para el pasajero? | Sí | No | |
| 16. ¿Cruzan sus hijos la calle por su cuenta? | Sí | No sé | No |
| 17. ¿Ha aprendido su hijo(a) las reglas de seguridad al montar en bicicleta? | Sí | No sé | No |
| 18. ¿Usa su hijo(a) un casco cada vez que monta en bicicleta? | Sí | No sé | No |
| 19. ¿Participa su hijo(a) en actividades deportivas? | Sí | No | |
| 20. ¿Monta a caballo su hijo(a)? | A menudo | En ocasiones | Nunca |

Encuesta de seguridad Framingham

Nombre _____ Fecha _____

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

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. ¿Hay una pistola en su casa o en la casa donde cuidan a su niño(a) o donde va a jugar? | Sí | No sé | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Deja que su niño(a) maneje una cortadora de césped a motor? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> No tengo cortadora mecánica |
| 3. ¿Alguno de sus hijos ha sufrido una lesión por la que haya tenido que ir al médico o a un hospital. | Sí. ¿Cuántas veces? _____ | No recuerdo | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Con qué frecuencia se revisa el sistema de calefacción en donde vive? | Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> Por lo menos una vez al año | Cada dos o tres años |
| 5. ¿Usted y sus hijo(a) saben cómo salir de la casa de modo seguro en caso de incendio? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No | |
| 6. ¿Fuma alguien en su casa? | A menudo | En ocasiones | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca |
| 7. ¿Juega su niño(a) con fósforos o encendedores? | A menudo | En ocasiones | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca |
| 8. ¿Tiene en casa extinguidores de incendio que funcionen? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No sé | No |
| 9. ¿Juega su niño(a) con petardos o chispitas? | A menudo | En ocasiones | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca |
| 10. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No | |
| 11. ¿Sabe su hijo(a) nadar? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No | |
| 12. ¿Conoce su hijo(a) las reglas de seguridad al nadar y lanzarse al agua? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No sé | No |
| 13. ¿Usa su hijo(a) un chaleco salvavidas cuando va en un bote o barco? | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre | A veces | Nunca |
| 14. ¿Usa su hijo(a) una silla elevadora o un cinturón de seguridad siempre que va en auto? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No | |
| 15. ¿Tiene su auto una bolsa de aire para el pasajero? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| 16. ¿Cruzan sus hijos la calle por su cuenta? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No sé | No |
| 17. ¿Ha aprendido su hijo(a) las reglas de seguridad al montar en bicicleta? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No sé | No |
| 18. ¿Usa su hijo(a) un casco cada vez que monta en bicicleta? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | No sé | No |
| 19. ¿Participa su hijo(a) en actividades deportivas? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| 20. ¿Monta a caballo su hijo(a)? | A menudo | En ocasiones | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca |