

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

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

- |   |                    |                             |                      |
|---|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1. Cuando deja a su bebé en la cuna, ¿sube las barandas de la cuna?   | Siempre            | A veces                     | Nunca                |
| 2. ¿Deja al bebé solo sobre una mesa o cama, aunque sea por un rato corto?  | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 3. ¿Deja a su bebé solo en la casa?   | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 4. ¿Mantiene las envolturas plásticas, las bolsas de plástico y los globos fuera del alcance de sus niños?            | Siempre            | A veces                     | Nunca                |
| 5. ¿Le cuelga a su bebé alrededor del cuello un chupón o una cadenita?  | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 6. ¿Juega su niño(a) con objetos pequeños tales como cuentas o nueces?  | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 7. ¿Es alguna de las niñeras del bebé menor de 13 años?   | Sí                 | No sé                       | No                   |
| 8. ¿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 |
| 9. ¿Tienen sus ventanas rendijas manuales debidamente colocadas?  | Todas las ventanas | Algunas ventanas            | Ninguna              |
| 10. ¿Alguna vez coloca a su bebé en un andador infantil?  | Sí                 | No                          |                      |
| 11. ¿Fuma alguien en su casa?   | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 12. ¿Tiene un plan de escape de su casa en caso de incendio?  | Sí                 | No                          |                      |
| 13. ¿Tiene en su casa extinguidores de incendio que funcionen?  | Sí                 | No sé                       | No                   |
| 14. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen?  | Sí                 | No                          |                      |
| 15. ¿A veces toma o sostiene líquidos calientes mientras carga al bebé?   | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 16. ¿Usa a veces estufas de carbón o calentadores de kerosene?  | Sí                 | No                          |                      |
| 17. ¿Deja a su niño(a) solo en la tina de baño o cerca de una cubeta de agua o inodoro, aunque sea por un rato corto? | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 18. ¿Hay una alberca o una tina eléctrica para masajes en su casa?  | Sí                 | No                          |                      |
| 19. ¿Coloca al bebé en un asiento de seguridad cada vez que lo lleva en auto?   | Sí                 | No                          |                      |
| 20. ¿Tiene su auto una bolsa de aire para el pasajero?  | Sí                 | No                          |                      |
| 21. ¿En qué parte del auto coloca el asiento de seguridad del bebé?   | Adelante           | Atrás                       | Adelante o atrás     |
| 22. ¿Lleva a su niño(a) con usted cuando va en bicicleta?   | A menudo           | En ocasiones                | Nunca                |
| 23. ¿Hay un arma de fuego en su casa o en la casa en la que su niño(a) juega o donde lo cuidan?                       | Sí                 | No sé                       | No                   |

## Encuesta de seguridad Framingham

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

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

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1. Cuando deja a su bebé en la cuna, ¿sube las barandas de la cuna?   | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre            | <input type="checkbox"/> A veces                                | <input type="checkbox"/> Nunca                |
| 2. ¿Deja al bebé solo sobre una mesa o cama, aunque sea por un rato corto?  | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 3. ¿Deja a su bebé solo en la casa?   | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 4. ¿Mantiene las envolturas plásticas, las bolsas de plástico y los globos fuera del alcance de sus niños?            | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre            | <input type="checkbox"/> A veces                                | <input type="checkbox"/> Nunca                |
| 5. ¿Le cuelga a su bebé alrededor del cuello un chupón o una cadenita?  | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 6. ¿Juega su niño(a) con objetos pequeños tales como cuentas o nueces?  | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 7. ¿Es alguna de las niñeras del bebé menor de 13 años?   | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input type="checkbox"/> No sé                                  | <input checked="" type="checkbox"/> No        |
| 8. ¿Con qué frecuencia se revisa el sistema de calefacción en donde vive?   | <input type="checkbox"/> Nunca                         | <input checked="" type="checkbox"/> Por lo menos una vez al año | <input type="checkbox"/> Cada dos o tres años |
| 9. ¿Tienen sus ventanas rendijas manuales debidamente colocadas?  | <input checked="" type="checkbox"/> Todas las ventanas | <input type="checkbox"/> Algunas ventanas                       | <input type="checkbox"/> Ninguna              |
| 10. ¿Alguna vez coloca a su bebé en un andador infantil?  | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input checked="" type="checkbox"/> No                          |   |
| 11. ¿Fuma alguien en su casa?   | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 12. ¿Tiene un plan de escape de su casa en caso de incendio?  | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                 | <input type="checkbox"/> No                                     |   |
| 13. ¿Tiene en su casa extinguidores de incendio que funcionen?  | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                 | <input type="checkbox"/> No sé                                  | <input type="checkbox"/> No                   |
| 14. ¿Hay en su casa alarmas de humo que funcionen?  | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                 | <input type="checkbox"/> No                                     |   |
| 15. ¿A veces toma o sostiene líquidos calientes mientras carga al bebé?   | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 16. ¿Usa a veces estufas de carbón o calentadores de kerosene?  | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input checked="" type="checkbox"/> No                          |   |
| 17. ¿Deja a su niño(a) solo en la tina de baño o cerca de una cubeta de agua o inodoro, aunque sea por un rato corto? | <input type="checkbox"/> A menudo                      | <input type="checkbox"/> En ocasiones                           | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca     |
| 18. ¿Hay una alberca o una tina eléctrica para masajes en su casa?  | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input checked="" type="checkbox"/> No                          |   |
| 19. ¿Coloca al bebé en un asiento de seguridad cada vez que lo lleva en auto?   | <input checked="" type="checkbox"/> Sí                 | <input type="checkbox"/> No                                     |   |
| 20. ¿Tiene su auto una bolsa de aire para el pasajero?  | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input checked="" type="checkbox"/> No                          |   |
| 21. ¿En qué parte del auto coloca el asiento de seguridad del bebé?   | <input type="checkbox"/> Adelante                      | <input checked="" type="checkbox"/> Atrás                       | <input type="checkbox"/> Adelante o atrás     |
| 22. ¿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     |
| 23. ¿Hay un arma de fuego en su casa o en la casa en la que su niño(a) juega o donde lo cuidan?                       | <input type="checkbox"/> Sí                            | <input type="checkbox"/> No sé                                  | <input checked="" type="checkbox"/> No        |