

MATERIAL SUPLEMENTARIO 1**Cuestionario demográfico para niños y niñas con síndrome de Down**

Cuestionario demográfico	Fecha:
Datos sobre el niño o niña	
Nombre y apellido: _____ Edad: _____ años Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F/M Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> CABA - <input type="checkbox"/> Gran Buenos Aires - <input type="checkbox"/> Otra provincia Si no vive en CABA o Gran Buenos Aires, especifique ciudad y provincia: _____	¿Tiene hermanos/as? SÍ/NO ¿Cuántos hermanos/as tiene? <input type="checkbox"/> uno - <input type="checkbox"/> dos - <input type="checkbox"/> tres o más ¿Su hijo/a concurre al jardín? SÍ/NO ¿A qué tipo de jardín asiste? <input type="checkbox"/> jardín regular <input type="checkbox"/> jardín regular con maestra integradora <input type="checkbox"/> jardín especial <input type="checkbox"/> jardín de educación no formal (rodante)
Datos sobre madre, padre o cuidador	
¿Cuántos adultos se suelen encargar del cuidado del niño/a? <input type="checkbox"/> uno - <input type="checkbox"/> dos - <input type="checkbox"/> tres o más	¿Cuál es su vínculo con el niño/a? <input type="checkbox"/> madre - <input type="checkbox"/> padre - <input type="checkbox"/> abuelo/a - <input type="checkbox"/> otro/a
Estudios máximos completados <input type="checkbox"/> primario incompleto <input type="checkbox"/> primario completo <input type="checkbox"/> secundario incompleto <input type="checkbox"/> secundario completo <input type="checkbox"/> terciario incompleto <input type="checkbox"/> terciario completo <input type="checkbox"/> universitario incompleto <input type="checkbox"/> universitario completo	¿Cuál es su situación laboral actualmente? <input type="checkbox"/> empleo tiempo completo <input type="checkbox"/> empleo tiempo parcial <input type="checkbox"/> empleo temporal <input type="checkbox"/> desempleado/a <input type="checkbox"/> trabajo no remunerado (cuidados del hogar y familia) <input type="checkbox"/> jubilado/a o pensionado/a <input type="checkbox"/> otro

Comorbilidades y enfermedades crónicas del niño/a

- ¿Su hijo/a recibe alguna medicación todos los días? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a estuvo internado alguna vez? SÍ/NO
- ¿Cuántas veces estuvo internado?
- uno - dos - tres - cuatro o más
- ¿Su hijo/a estuvo internado en el último mes? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a estuvo en tratamiento oncológico en el último año? SÍ/NO
- ¿Alguna vez le realizaron una cirugía? SÍ/NO
- ¿Qué tipo de cirugía se le realizó? (Puede seleccionar más de una opción)
- cirugía cardiovascular
- cirugía urológica (vías urinarias, riñones, genitales)
- cirugía gastrointestinal (esófago, intestino)
- otras

- ¿Su hijo/a tiene una cardiopatía congénita? SÍ/NO
- Si su hijo/a presenta una cardiopatía congénita, indique cuál:
- canal auriculoventricular completo
- comunicación interventricular
- comunicación interauricular
- ductus* arterioso persistente
- tetralogía de Fallot
- otra
- ¿Su hijo/a tiene malformación gastrointestinal? (Ej.: atresia duodenal, estenosis pilórica, enfermedad de Hirschsprung, fístula traqueoesofágica) SÍ/NO
- Si su hijo/a presenta una malformación gastrointestinal, indique cuál:
- atresia duodenal
- estenosis pilórica
- enfermedad de Hirschsprung
- fístula traqueoesofágica
- otra
- ¿Su hijo/a tiene alguna malformación urológica (Ej.: hipospadia, válvula de uretra posterior)? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a tiene enfermedad celíaca? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a es hipotiroideo o toma levotiroxina? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a tiene diabetes *mellitus* tipo 1 o requiere insulina? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a tiene alguna alteración en la visión o usa anteojos? SÍ/NO
- ¿Su hijo/a tiene una alteración de la audición o usa audífonos? SÍ/NO
- Si su hijo/a presenta alteración de la audición, la afección es:
- unilateral - bilateral
- Si su hijo/a tiene alguna otra enfermedad crónica, detállela aquí abajo: _____

MATERIAL SUPLEMENTARIO 2**Cuestionario demográfico para niños y niñas sin síndrome de Down**

Cuestionario demográfico	Fecha:
Datos sobre el niño o niña	
Nombre y apellido: _____ Edad: _____ años Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F/M Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> CABA - <input type="checkbox"/> Gran Buenos Aires - <input type="checkbox"/> Otra provincia	Si no vive en CABA o Gran Buenos Aires, especifique ciudad y provincia: _____ ¿Tiene hermanos/as? SÍ/NO ¿Cuántos hermanos/as tiene? <input type="checkbox"/> uno - <input type="checkbox"/> dos - <input type="checkbox"/> tres o más ¿Su hijo/a concurre al jardín? SÍ/NO
Datos sobre madre, padre o cuidador	
¿Cuántos adultos se suelen encargar del cuidado del niño/a? <input type="checkbox"/> uno - <input type="checkbox"/> dos - <input type="checkbox"/> tres o más	¿Cuál es su vínculo con el niño/a? <input type="checkbox"/> madre - <input type="checkbox"/> padre - <input type="checkbox"/> abuelo/a - <input type="checkbox"/> otro/a
Estudios máximos completados <input type="checkbox"/> primario incompleto <input type="checkbox"/> primario completo <input type="checkbox"/> secundario incompleto <input type="checkbox"/> secundario completo <input type="checkbox"/> terciario incompleto <input type="checkbox"/> terciario completo <input type="checkbox"/> universitario incompleto <input type="checkbox"/> universitario completo	¿Cuál es su situación laboral actualmente? <input type="checkbox"/> empleo tiempo completo <input type="checkbox"/> empleo tiempo parcial <input type="checkbox"/> empleo temporal <input type="checkbox"/> desempleado/a <input type="checkbox"/> trabajo no remunerado (cuidados del hogar y familia) <input type="checkbox"/> jubilado/a o pensionado/a <input type="checkbox"/> otro