

### Encuesta sobre especias y remedios caseros

*Instrucciones para el entrevistador: Por favor realiza esta encuesta al tutor principal del niño(a) durante tu investigación de plomo, si sospechas que las especias, remedios de hierbas o bebidas importadas, puede ser la fuente de exposición de plomo. De ser posible, toma fotografías de las etiquetas para tenerlas como muestra. En caso de que el tutor no pueda decirte con exactitud la cantidad de la sustancia que utilizan para comer, por favor diles que te muestren como toman la medida para agregarla a sus comidas y así tú puedes estimar la cantidad.*

1. ¿Está su hijo/a bebiendo alguna leche de **fórmula** actualmente?
  - Sí
  - No
2. ¿Está **amamantando** a su hijo/a actualmente?
  - Sí
  - No
3. ¿Está su hijo/a actualmente bebiendo algún tipo de **té**?
  - Sí
  - No
4. ¿Esta su hijo/a actualmente bebiendo **café**?
  - Sí
  - No
5. Además de leche materna o de fórmula, ¿Con qué más usted **alimenta a su hijo/a**?
  
6. ¿Cuántas veces a la semana **cocina en su casa**?
  - 1-3 veces a semana
  - 3-5 veces a semana
  - 5-7 veces a semana
  - nunca cocina en mi casa
7. ¿Qué **especias** utiliza para cocinar cada semana?

8. ¿Está tu **hijo/a consumiendo** comida preparada con alguna especia?

- Sí (Si es así, por favor refiérase a la tabla)
- No

8a. Si tu respuesta es “Sí,” ¿**qué alimentos** consume su hijo/a preparados con estas especias enumeradas en la pregunta 7?

8b. Si tu respuesta es “No.” Entonces, ¿usted cocina una **comida diferente sin especias** para tu hijo/a?

- Sí
- No

9. Usualmente, ¿**qué cantidad de especias** de las que mencionó en la respuesta de la pregunta 8a agrega a la comida que cocina? *Medida aproximada de cada especia en cucharadas, tazas, y/o fracciones de esas medidas.*

10. ¿**Qué porción** de los alimentos enumerados en la pregunta 8a consume su hijo/a? *Haga una lista de la comida una por una y separadamente pregunte por el tamaño de las porciones de cada tipo de comida que haya escrito en la lista. Por ejemplo (1 taza de sopa).*

11. ¿Hay **alguna época del año** (como Navidad) en la que tu hijo/a consume más frecuentemente las especias mencionadas en la repuesta 8a?

- Sí
- No

11a. Si tu respuesta es “Sí,” **por favor explica** estas épocas del año en que su hijo/a come más de lo normal estas especias.

12. ¿Tu hijo/a toma **suplementos de hierbas, medicina tradicional, o vitaminas**? Si tu respuesta es:

- Sí (Si tu respuesta es “Sí,” por favor anótalos en la parte inferior de la página)
- No

13. ¿Hay algunos **remedios caseros** que preparas o compras y que tienen especias? Como leche de cúrcuma, por ejemplo.

- Sí (Si tu respuesta es "Sí," por favor anótalos en la parte inferior de la página)
- No

*Instrucciones para el entrevistador: En la siguiente página, por favor has una lista de cualquier suplemento de hierbas o remedios caseros que el niño este tomando y de donde la familia obtiene las especias:*

EHS Nombre de entrevistador:

Child NCLEAD ID:

Fecha:

**Instructions for Interviewers: Record the following information about the herbs and spices that you simple**

Hierba/ Especia	¿Con que frecuencia come la hierba o especia tu hijo/a?		Marca	Numero de lote	Cómo adquirió? (Marque uno)	Lugar de compra (Ciudad, Estado, País, Dirección)
	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cotidiano			<input type="checkbox"/> Comprado	
	<input type="checkbox"/> Dos Veces	<input type="checkbox"/> Semanal			<input type="checkbox"/> Enviado por familia/amigos	
	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Mensual				
	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cotidiano			<input type="checkbox"/> Comprado	
	<input type="checkbox"/> Dos Veces	<input type="checkbox"/> Semanal			<input type="checkbox"/> Enviado por familia/amigos	
	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Mensual				
	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cotidiano			<input type="checkbox"/> Comprado	
	<input type="checkbox"/> Dos Veces	<input type="checkbox"/> Semanal			<input type="checkbox"/> Enviado por familia/amigos	
	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Mensual				
	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cotidiano			<input type="checkbox"/> Comprado	
	<input type="checkbox"/> Dos Veces	<input type="checkbox"/> Semanal			<input type="checkbox"/> Enviado por familia/amigos	
	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Mensual				
	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cotidiano			<input type="checkbox"/> Comprado	
	<input type="checkbox"/> Dos Veces	<input type="checkbox"/> Semanal			<input type="checkbox"/> Enviado por familia/amigos	
	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Mensual				