

Cuestionario

REPÚBLICA DE EL SALVADOR, C.A.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR
(FESAL - 85)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
| 5 | 6 |

Esta investigación está autorizada por las leyes correspondientes. Toda la información será utilizada en forma estrictamente CONFIDENCIAL y su análisis será colectivo, sin tratamientos de casos personales.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

| | |
|--------------|--|
| Departamento | |
|--------------|--|

| | |
|---|---|
| | |
| 7 | 8 |

| | |
|-----------|--|
| Municipio | |
|-----------|--|

| | |
|---|----|
| | |
| 9 | 10 |

| A R E A | | | |
|-------------|---|-------------------|---|
| URBANA | 1 | RURAL (Cantón) | 2 |
| Sector N° | | Sector N° | |
| Segmento N° | | Segmento N° | |
| Vivienda N° | | Vivienda N° | |

| |
|----|
| |
| 11 |

| | | |
|----|----|----|
| | | |
| 12 | 13 | 14 |

| | |
|----|----|
| | |
| 15 | 16 |

| | |
|----|----|
| | |
| 17 | 18 |

DIRECCION: _____

RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA:

| | | |
|----|----|----|
| | | |
| 19 | 20 | 21 |

HOJA DE CONTROL PARA ELEGIR MUJERES
DE 15 A 49 AÑOS CUMPLIDOS

| N° | Nombre de Mujeres que Residen en la Vivienda (NO ANOTE APELLIDO) | Edad (EN AÑOS CUMPLIDOS) | Para Entrevista 1/ |
|----|--|--------------------------|--------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

☐
22

☐
23

☐
24

☐
25

☐
26

☐
27

☐
28

☐
29

☐
30

1/ : MARCAR CON UNA "X" LAS MUJERES A SER ENTREVISTADAS EN EL HOGAR, MAYORES DE 15 AÑOS CUMPLIDOS Y HASTA 49 AÑOS CUMPLIDOS. CUANDO EN UN HOGAR HAYA MAS DE UNA MUJER ELEGIBLE, ANOTE EN CADA FORMULARIO ADICIONAL SOLO LAS ELEGIBLES, EN LA LINEA QUE LE CORRESPONDA EN EL CUADRO ANTERIOR.

RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

| N° | R e s u l t a d o | V i s i t a | | |
|----|-----------------------------------|-------------|----|----|
| | | 1ª | 2ª | 3ª |
| 1 | Casa con mujer (ES) elegible (S) | | | |
| 2 | Casa no es vivienda | | | |
| 3 | Casa cerrada (MORADORES AUSENTES) | | | |
| 4 | Casa deshabitada | | | |
| 5 | Casa en construcción | | | |
| 6 | Casa destruida | | | |
| 7 | Casa sin mujer (ES) elegible (S) | | | |
| 8 | Otro _____ (ESPECIFIQUE) | | | |

| | |
|---|--|
| TRASLADAR DE LA PAGINA 2 EL NUMERO DE LINEA QUE CORRESPONDE A CADA MUJER ELEGIBLE | |
| Número de Mujer Elegible | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; display: inline-block;"></div> 31 |

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

| Nº | R e s u l t a d o | V i s i t a | | |
|----|---|-------------|----|----|
| | | 1ª | 2ª | 3ª |
| 1 | Entrevista realizada totalmente | | | |
| 2 | Entrevista interrumpida/ Pendiente de Realizar | | | |
| 3 | Entrevista parcialmente realizada por rechazo | | | |
| 4 | Entrevista no realizada por rechazo total | | | |
| 5 | Mujer elegible ausente | | | |
| 6 | Entrevista no realizada por otras causas (ESPECIFIQUE) | | | |

32
33
34

CONTROL DE ENUMERACION

| | |
|----------------------|--|
| Entrevistadora: | |
| Supervisor(a) : | |
| Fecha de Entrevista: | |

35
36

37

38
39
40
41

| C R I T I C A | |
|--------------------------|-------------------|
| <u>Criticado por:</u> | <u>Supervisó:</u> |
| | |
| <u>Fecha de Crítica:</u> | |

| C O D I F I C A C I O N | |
|-------------------------------|-------------------|
| <u>Codificado por:</u> | <u>Supervisó:</u> |
| | |
| <u>Fecha de Codificación:</u> | |

SECCION I: DATOS DEL HOGAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 2 | | |
| 5 | 6 | | |

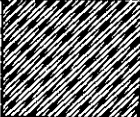
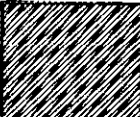
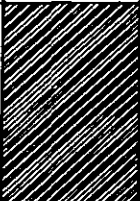
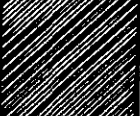
| INICIALMENTE, TENGO ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU VIVIENDA | | | Columna | | | |
|---|---|--|----------------------------------|--|--|-------|
| 101 | Tipo de vivienda? | 1: Casa independiente 2: Apartamento 3: Pieza de mesón 4: Rancho o choza 5: Improvisada 6: Otra _____ (ESPECIFIQUE) | 7 | | | |
| 102 | Material que predomina en el piso? | 1: Ladrillo de cemento 2: Loza de cemento 3: Ladrillo de barro 4: Madera 5: Tierra 6: Otro _____ (ESPECIFIQUE) | 8 | | | |
| 103 | Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber en la vivienda? | <u>Cañería de Red Pública</u> 1: Privada (PASE A 105) 2: Colectiva 3: Pública <u>Pozo</u> 4: Privado (PASE A 105) 5: Colectivo 6: Público <u>Otra Fuente</u> 7: Río, estanque 8: Otra _____ (ESPECIFIQUE) | 9 | | | |
| 104 | Cuanto tiempo les toma llegar a _____ (FUENTE PRINCIPAL) desde la vivienda? | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Minutos (IDA) | | | | 10-12 |
| | | | | | | |
| 105 | De esta fuente, hay agua disponible todo el tiempo? | 1: Sí 2: No | 13 | | | |
| 106 | Qué combustible utilizan generalmente para cocinar? | 1: Electricidad (PASE A 109) 2: Gas Propano 3: Kerosene (gas) 4: Leña 5: Carbón de leña 6: Otro _____ (ESPECIFIQUE) 7: No cocinan | 14 | | | |
| 107 | Tienen servicio de alumbrado eléctrico? | 1: Sí (PASE A 109) 2: No | 15 | | | |
| 108 | Qué tipo de alumbrado usan más en este hogar? | 1: Kerosene (gas) 2: Velas 3: Otro _____ (ESPECIFIQUE) | 16 | | | |
| 109 | Dispone su hogar de: | Radio? 1: Sí 2: No Televisor? 1: Sí 2: No Refrigerador? 1: Sí 2: No Máquina de Coser? 1: Sí 2: No Automóvil? 1: Sí 2: No Otro Transporte? 1: Sí 2: No _____ (ESPECIFIQUE) | 17 18 19 20 21 22 | | | |

SECCION II: EDAD Y EDUCACION

| | | | |
|---|--|--|--|
| ANOTE HORA EXACTA DE INICIO DE ESTA SECCION | | Horas <input type="text"/> <input type="text"/> | Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | 23 24 | 25 26 |
| <u>Columna</u> | | | |
| 201 | Inicialmente, he anotado que usted tiene <u> </u> ; es correcto (AÑOS CUMPLIDOS) | 1: Sí (ANOTE EN 202) 2: No (PREGUNTE 202) | 27 |
| 202 | Cuántos años cumplidos tiene usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Edad reportada en años cumplidos | 28-29 |
| 203 | En qué fecha nació usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Día 98: No recuerda día | 30-31 |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes 98: No recuerda mes | 32-33 |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> : Año 98: No recuerda año | 34-35 |
| CON BASE EN 203, CALCULE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. SI COINCIDE CON 202, CONTINUE LA ENTREVISTA; EN CASO CONTRARIO, ANOTE LA EDAD CORREGIDA EN ESTAS CASILLAS Y LUEGO CONTINUE LA ENTREVISTA. | | | <input type="text"/> <input type="text"/> : Edad establecida en años cumplidos 36-37 |
| 204 | Ha asistido alguna vez a la escuela? | 1: Sí 2: No (PASE A 206) | 38 |
| 205 | Cuál es el grado o año más alto que aprobó? | <u>Nivel Educativo</u> <u>Grado o Año</u> 1: Básica <input type="text"/> 2: Media <input type="text"/> 3: Superior <input type="text"/> | 39-40 |
| SI APROBO CUARTO GRADO O MAS DE BASICA, PASE A 207 | | | |
| 206 | Puede leer una carta o el periódico (EL DIARIO) con facilidad, con dificultad o no puede leer? | 1: Fácilmente 2: Con dificultad 3: No puede (PASE A SECCION III) | 41 |
| 207 | Lee un periódico o una revista, por lo menos, una vez a la semana? | 1: Sí 2: No | 42 |

SECCION III: HISTORIA DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y MATERNIDAD

| AHORA QUISIERA OBTENER INFORMACION DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS QUE USTED HAYA TENIDO DURANTE SU VIDA | | | Columna |
|---|--|---|----------------|
| 301a) | Tiene algún hijo o hija que esté(n) viviendo con usted? | 1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 301b) Y 301c), Y CONTINUE CON 302a) | 7 |
| 301b) | Cuántas hijas viven con usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijas viviendo con ella | 8 - 9 |
| 301c) | Cuántos hijos varones viven con usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijos viviendo con ella | 10-11 |
| 302a) | Tiene algún hijo o hija que no esté(n) viviendo con usted? | 1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 302b) Y 302c), Y CONTINUE CON 303a) | 12 |
| 302b) | Cuántas hijas no viven con usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijas viviendo en otro lugar | 13-14 |
| 302c) | Cuántos hijos varones no viven con usted? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijos viviendo en otro lugar | 15-16 |
| 303a) | Ha muerto algún hijo o hija que nació vivo? (ANTES DE ANOTAR LA RESPUESTA, INDAGUE SI INCLUYE HIJOS YA MUERTOS QUE - SOBREVIVIERON HORAS O DIAS) | 1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 303b) Y 303c) Y CONTINUE CON 304) | 17 |
| 303b) | Cuántas hijas han muerto? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijas ya muertas | 18-19 |
| 303c) | Cuántos hijos varones han muerto? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Hijos ya muertos | 20-21 |
| 304 | SUME RESPUESTAS DE LITERALES b) Y c) DE 301 A 303 Y ANOTE EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN LAS CASILLAS DE ESTE ESPACIO. | <input type="text"/> <input type="text"/> : Total de hijos nacidos vivos | 22-23 |
| 305 | Quiere decir que usted ha tenido en total <u>(NUMERO)</u> hijos, es correcto? | 1: Sí 2: No (PREGUNTE LITERALES b) Y c) DE PREGUNTAS 301 A 303 Y CORRIJA) | 24 |
| SI EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN 304 ES IGUAL A CERO, PASE A 321. | | | |
| 306a) | En qué fecha (AÑO Y MES) tuvo su último nacido vivo? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Año <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes 98: No sabe año 98: No sabe mes | 25-26 27-28 |
| SI SABE AÑO Y MES, PASE A 306d) | | | |
| 306b) | ¿Cuántos años tenía este hijo en su último cumpleaños? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Años | 29-30 |
| | ¿Hace cuántos meses cumplió año? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Meses | 31-32 |
| 306c) | CON BASE EN 306b), ESTIME AÑO Y MES DE NACIMIENTO Y ANOTELOS. | <input type="text"/> <input type="text"/> : Año <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes | 33-34 35-36 |
| 306d) | Desde el nacimiento de este hijo, ha tenido otro nacido vivo aunque sólo haya vivido muy poco tiempo? | 1: Sí 2: No (PASE A INSTRUCCIONES PREVIAS A 307a) | 37 |
| 306e) | En qué año y mes nació este niño(a)? | <input type="text"/> <input type="text"/> : Año <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes | 38-39 40-41 |

| SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO ANTES DE 1980, PASE A LA ULTIMA COLUMNA DE 307a). | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|
| SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE 1980, HAGA LAS PREGUNTAS 307a) Y 307b), ANOTANDO LA RESPUESTA EN LA PRIMERA COLUMNA Y LUEGO SIGA EL ORDEN ESTABLECIDO EN LAS COLUMNAS, PREGUNTANDO PRIMERO 308a) Y/O 308b) PARA DETERMINAR EL ORDEN DE COLUMNA DE CADA NIÑO. | | | | | | | |
| REGISTRE LOS CASOS DE NACIDOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC...) EN COLUMNAS SEPARADAS, INDICANDO ESTA CONDICION CON UNA LLAVE HORIZONTAL. | | | | | | | |
| INCLUYA LOS QUE HAN MUERTO, AUNQUE SOLO HAYAN VIVIDO POCAS HORAS O DIAS. | | | | | | | |
| P R E G U N T A S | | TODOS LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE 1980 | | | | | NACIMIENTO ANTERIOR Y MAS RECIENTE A 1980 |
| | | ULTIMO NACIMIENTO | SEGUNDO ANTERIOR | TERCERO ANTERIOR | CUARTO ANTERIOR | QUINTO ANTERIOR | |
| 307a) | Qué nombre le puso al (SEGUN ORDEN DE COLUMNAS) hijo(a) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) |
| 307b) | Es hombre o mujer? (SEGUN ORDEN DE COLUMNAS) | 1: Hombre 2: Mujer | 1: Hombre 2: Mujer | 1: Hombre 2: Mujer | 1: Hombre 2: Mujer | 1: Hombre 2: Mujer | 1: Hombre 2: Mujer |
| 308a) | En qué año y mes nació (NOMBRE)? |  | Año 198__ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe: 98 | Año 198__ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe: 98 | Año 198__ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe: 98 | Año 198__ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe: 98 | Año 19__ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe: 98 |
| SI CONOCE AÑO Y MES, PASE A 308c) | | | | | | | |
| 308b) | Cuántos años tenía en su último cumpleaños? Hace cuántos meses cumplió años? |  | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses |
| 308c) | Está vivo? | 1: Sí (PASE A 310) 2: No | 1: Sí (PASE A 310) 2: No | 1: Sí (PASE A 310) 2: No | 1: Sí (PASE A 310) 2: No | 1: Sí (PASE A 310) 2: No | 1: Sí 2: No |
| 309 | Qué edad tenía (NOMBRE) al morir, en años y meses? | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses |
| 310 | Quién le asistió en el alumbramiento de (NOMBRE)? (MARQUE LA PERSONA MAS CALIFICADA) | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno | SI ESTE ES EL UNICO NACIMIENTO ANOTADO, PASE A 321. |
| 311 | Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron a usted alguna inyección para prevenir al niño de convulsiones después del nacimiento, o sea una inyección antitetánica? | 1: Sí 2: No 3: No sabe | 1: Sí 2: No 3: No sabe | 1: Sí 2: No 3: No sabe | 1: Sí 2: No 3: No sabe | 1: Sí 2: No 3: No sabe |  |
| | | REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA |  |
| SI HAY UNO O MAS NACIMIENTOS ANOTADOS DESDE 1980, PASE A PRIMERA COLUMNA DE 312 | | | | | | | |

| MARQUE EN LAS CASILLAS SI HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS NACIDOS VIVOS DESDE 1980. | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| Hay sobrevivientes : <input type="checkbox"/> PREGUNTE 312 SOLAMENTE EN LA(S) COLUMNA(S) DE SOBREVIVIENTES | | | | | | |
| No hay sobrevivientes: <input type="checkbox"/> PASE A 317a) | | | | | | |
| TODOS LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE 1980 | | | | | | |
| PREGUNTAS | | ULTIMO NACIMIENTO | SEGUNDO ANTERIOR | TERCERO ANTERIOR | CUARTO ANTERIOR | QUINTO ANTERIOR |
| 312 | Ha tenido (NOMBRE DEL HIJO(A) VIVO(A) diarrea en las últimas 2 semanas? | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) |
| 313 | Cuál fue el tratamiento que le hizo? a) Le dió una toma (SOLUCION O SUERO ORAL) de azúcar, sal y agua? b) Le dió un medicamento específico (DISTINTO DE SUERO ORAL)? c) Utilizó otros medios (NO MEDICOS) | 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No 1: Sí 2: No |
| 314 | Buscó consejo o tratamiento de alguien fuera de la casa? | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) | 1: Sí 2: No (PASE A 316a) |
| 315 | De quién buscó consejo o tratamiento? (MARQUE SOLO EL MAS CALIFICADO) | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona | 1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona |
| 316a) | Tiene tarjeta(s) de salud de (NOMBRE(S) | 1: Sí 2: No (PASE A 316b) | 1: Sí 2: No (PASE A 316b) | 1: Sí 2: No (PASE A 316b) | 1: Sí 2: No (PASE A 316b) | 1: Sí 2: No (PASE A 316b) |
| SI TIENE LA TARJETA DE SALUD, TRASLADÉ SUS DATOS AL CODIGO 1 DE LA 316b) PARA LAS VACUNAS NO MARCADAS HAGA LA 316b) | | | | | | |
| 316b) | Le han puesto la (NOMBRE DE LA VACUNA) a (NOMBRE DEL NIÑO)? | | | | | |
| MARQUE 2, 3 U 8 A LA DERECHA DE CADA COLUMNA, SEGUN RESPUESTA | | | | | | |
| BCG | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| DPT 1 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| DPT 2 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| DPT 3 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| POLIO 1 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| POLIO 2 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| POLIO 3 | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| SARAMPION | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS | 1: Sí 2: Sí 3: No 8: NS |
| 316c) | Vacunó a (NOMBRE) en las recientes jornadas nacionales de vacunación? | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No (PASE A INSTRUCCION DE 317a) |
| 316d) | Cuántas veces asistió? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA | REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA | |

| SOLO PARA EL ULTIMO NACIDO VIVO DESDE 1980, PREGUNTE 317a) | | | |
|---|--|---|-------|
| 317a) | Alimentó de pecho a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO) ? | 1: Sí 2: No | 7 |
| VEA 308c). SI ESTA MUERTO, PASE A 318a). SI ESTA VIVO, PERO NO LE DIO ALIMENTO DE PECHO, PASE A 317c). SI ESTA VIVO Y LO ALIMENTO DE PECHO, CONTINUE CON 317b). | | | |
| 317b) | Continúa alimentando de pecho a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)? | 1: Sí 2: No | 8 |
| 317c) | Le ha dado leche en polvo, de vaca o cabra frecuentemente? | 1: Sí 2: No | 9 |
| 317d) | Le ha dado alimentos sólidos o pastas (LICUADOS, COLADOS) frecuentemente? | 1: Sí 2: No (P A S E A 319) | 10 |
| 318a) | Le dió a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO) leche en polvo, de vaca o cabra - frecuentemente? | 1: Sí 2: No | 11 |
| 318b) | Le dió alimentos sólidos o pastas (LICUADOS, COLADOS) frecuentemente? | 1: Sí 2: No | 12 |
| 319 | Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)? | 1: Sí 2: No (PASE A 325) | 13 |
| 320 | Le volvió la menstruación (REGLA) después del nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)? | 1: Sí 2: No (PASE A A 322) | 14 |
| 321 | Cuánto tiempo hace que comenzó su última menstruación? | 1: <input type="text"/> <input type="text"/> días 2: <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 3: <input type="text"/> <input type="text"/> meses 97: Nunca ha menstruado (PASE A 322) | 15-17 |
| SI REPORTO MENOS DE 4 SEMANAS EN LA 321, PASE A 324. | | | |
| 322 | Está actualmente embarazada? | 1: Sí 2: No 3: No sabe } (PASE A 324) | 18 |
| 323 | Cuántos meses tiene de embarazo? | <input type="text"/> Meses (PASE A 325) | 19 |
| 324 | Ha tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas? | 1: Sí 2: No | 20 |
| 325 | A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? | <input type="text"/> <input type="text"/> Años cumplidos 97: Nunca 98: No sabe | 21-22 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 6 | | |
| 5 | 6 | | |

SECCION IV: CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPCION

Quisiera que habláramos sobre un tema distinto. Como usted puede saber, hay varios métodos para que una pareja pueda retardar o evitar los embarazos.

401 De cuáles de estos métodos ha escuchado o conoce usted?

MARQUE EL CODIGO "1: Sí" en 402a) PARA CADA METODO QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA.

LEA LA DESCRIPCION DE LOS METODOS QUE NO MENCIONO Y MARQUE EL CODIGO APROPIADO EN 402a). POSTERIORMENTE, PREGUNTELE 402b). PARA MUJERES QUE NUNCA HAYAN TENIDO RELACIONES SEXUALES (VEA 325), TACHE TODA LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A 402b)

| Descripción del Método | 402a) (LEA DESCRIPCION Y DESPUES PREGUNTE): Ha oído usted sobre este método? | 402b) Ha usado alguna vez este método? |
|---|--|--|
| ESTERILIZACION FEMENINA "Las mujeres pueden operarse para después no tener más hijos". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| ESTERILIZACION MASCULINA "Los hombres pueden operarse para no tener más hijos". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| INYECCIONES "Las mujeres pueden ser inyectadas por un médico o por una enfermera para retardar el embarazo por algunos meses". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| D I U "Las mujeres pueden hacer que un médico o enfermera les coloque internamente un aparatito". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| PILDORA "Las mujeres pueden tomar una píldora cada día". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| CONDON O PRESERVATIVO "Los hombres pueden usar condón durante la relación sexual" | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| TABLETAS VAGINALES "Las mujeres pueden colocarse tabletas espumosas internamente antes de las relaciones sexuales". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| OTROS METODOS FEMENINOS "Las mujeres pueden colocarse una espuma, un supositorio, un diafragma, jaleas o cremas internamente, antes de las relaciones sexuales". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| RITMO "Las parejas pueden evitar relaciones en ciertos días del mes, cuando la mujer está con más posibilidad de quedar embarazada". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| RETIRO "Los hombres pueden tener cuidado y retirarse antes de terminar (clímax)". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |
| OTROS "Ha escuchado usted de otros métodos que tanto mujeres como hombres, pueden usar para evitar el embarazo?". | 1: Sí 2: No | 1: Sí 2: No |

SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO EN 402a), PASE A SECCION VI

REVISE 402a) Y MARQUE UNA "X" EN LOS METODOS QUE CONOCE LA ENTREVISTADA.
ENTONCES PREGUNTE 403, EXCLUSIVAMENTE PARA LOS METODOS QUE CONOCE.

| M é t o d o | | 403.Cuál es el lugar más cercano donde puede obtener (METODO)? | | | | | | | | | 404. Usted iría caminando o usaría transporte? | 405. ¿Que tiempo le tomaría llegar? (MINUTOS) | |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------|-----|--|------------|--|--|--|
| | | Estable- cimien- tos del MSPAS | Estable- cimien- tos del ISSS | Clíni- ca ADS/ PRO-FA MILIA | Clíni- ca Pri- vada Médico | Farma- cia | Puesto PRO-FA MILIA | ARS | Otro Lugar (ESPE- CIFI- QUE) | No Sabe | | | |
| ESTERILIZACION FEMENINA | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| ESTERILIZACION MASCULINA | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| INYECCION | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| D I U | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| PILDORA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| CONDON O PRESERVATIVO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| TABLETAS VAGINALES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| ESPUMA, JALEA CREMA O DIAFRAGMA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1: Caminando 2: Transporte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

VEA 402 b. SI NUNCA HA USADO UN METODO PASE A SECCION V

| VUELVA A 322 Y 402 b) Y MARQUE | | |
|--|---|--|
| <p>EMBARAZADA: SI <input type="checkbox"/> (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416)</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>ESTERILIZADA: SI <input type="checkbox"/> (COMPLETE 406 a) Y 407)</p> <p>NO <input type="checkbox"/> (CONTINUE)</p> | | |
| | | Columna |
| 406 a) | Está usted usando algún método para no quedar embarazada? | 1: Sí (PASE A 407) 2: No |
| 406 b) | Podría decirme la razón principal por la cual usted no usa actualmente un método para no quedar embarazada? _____ | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>(PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 416)</p> |
| 407 | Qué método está usando? | <p>01: Esterilización Femenina</p> <p>02: Esterilización Masculina</p> <p>03: Inyección</p> <p>04: D I U → _____ (TIPO) <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> (MES) (AÑO)</p> <p>05: Píldora</p> <p>06: Condón o Preservativo</p> <p>07: Tableta Vaginal</p> <p>08: Espuma, Jalea, Crema</p> <p>09: Ritmo</p> <p>10: Retiro</p> <p>11: Otro</p> <p style="text-align: right;">(PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416)</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> |
| 408 | Dónde obtiene (obtuvo) este método? | <p>1: Establecimientos del MSPAS</p> <p>2: Establecimientos del ISSS</p> <p>3: Clínica ADS/Pro-Familia</p> <p>4: Clínica Privada/Médico</p> <p>5: Farmacia</p> <p>6: Puesto PRO-FAMILIA</p> <p>7: ARS</p> <p>8: Otro</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> |
| 409 a) | Es el (la) _____ (FUENTE MENCIONADA) el lugar más cercano que usted conoce donde pueda obtener _____? (MÉTODO) | <p>1: Sí (PASE A INSTRUCCION DE 410)</p> <p>2: No</p> <p>3: No sabe (PASE A INSTRUCCION DE 410)</p> |
| 409 b) | Porqué no utiliza el lugar más cercano? _____ | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| <p>VEA 407 Y REVISE. SI NO ESTA ESTERILIZADA, PASE A 416.</p> <p>SI ESTA ESTERILIZADA, CONTINUE.</p> | | |
| 410 | Me dijo que usted fue esterilizada. En qué año y mes le hicieron esta operación? | <p><div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> : Año 98: No recuerda año</p> <p><div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> : Mes 98: No recuerda mes</p> |

| <p>VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE LA PILDORA, PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 418. SI USA ACTUALMENTE LA PILDORA, CONTINUE.</p> | | | | Columna | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------|---------|---------------|--|--|--|-------|---------------|--|--|--|
| 417 | <p>Qué marca usa actualmente?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número</th> <th>Marca</th> <th>Precio (L)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra:</td> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table> | Número | Marca | Precio (L) | | | | Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | |
| Número | Marca | Precio (L) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | |
| <p>VEA 402 b): SI NUNCA HA USADO TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI HA USADO TABLETAS, MUESTRE LAS FOTOGRAFIAS.</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 418 | <p>Cuál de estas tabletas vaginales ha usado alguna vez?</p> <p>ANOTE NUMERO DE IDENTIFICACION, LA MARCA Y EL PRECIO DE LAS TABLETAS VAGINALES QUE LA ENTREVISTADA SEÑALE EN LAS FOTOGRAFIAS. EN CASO DE QUE LAS MARCAS QUE HA USADO ALGUNA VEZ NO APAREZCAN EN LAS FOTOGRAFIAS, ANOTE LA(S) MARCA(S) Y PRECIO(S) EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número</th> <th>Marca</th> <th>Precio (L)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra:</td> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table> | Número | Marca | Precio (L) | | | | Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | |
| Número | Marca | Precio (L) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | |
| <p>VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI USA TABLETAS VAGINALES, MANTENGA LAS FOTOGRAFIAS Y PREGUNTE.</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 419 | <p>Qué marca usa actualmente?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número</th> <th>Marca</th> <th>Precio (L)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra:</td> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table> | Número | Marca | Precio (L) | | | | Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | |
| Número | Marca | Precio (L) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Otra: | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | |
| 420 | <p>Conoce usted algún puesto de PRO-FAMILIA?</p> | <p>1: Sí 2: No (PASE A 501)</p> | | | | | | | | | | | |
| 421 | <p>En los 12 meses últimos, ha obtenido algún método de cualquier puesto de PRO-FAMILIA?</p> | <p>1: Sí 2: No (PASE A 501)</p> | | | | | | | | | | | |
| 422 | <p>Cuál fue el último método que obtuvo?</p> | <p>1: Pildora 2: Condón 3: Tabletts Vaginales 4: Otros Métodos Vaginales</p> | | | | | | | | | | | |
| 423 | <p>Está usando un puesto de PRO-FAMILIA ahora?</p> | <p>1: Sí (PASE A 501) 2: No</p> | | | | | | | | | | | |
| 424 | <p>Porqué no?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Column

| VEA 406. SI USA ACTUALMENTE UN METODO, PASE A 505; SI NO ESTA USANDO CONTINUE: | | | Columna |
|---|---|---|-----------------------|
| 501 | Piensa usar algún método para no quedar embarazada en el futuro? | 1: Sí 2: No 3: No Sabe } (PASE A 507) | 7 |
| 502 | Piensa usarlo durante los próximos doce meses o después? | 1: Durante próximos 12 meses 2: Después | 8 |
| 503 | Cual método piensa usar? | 01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyecciones 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros _____ (ESPECIFIQUE) 98: No Sabe (PASE A 507) | 9 - 10 |
| 504 | A qué lugar iría o a quien le pediría información del método que piensa usar? | 01: Establecimientos del MSPAS 02: Establecimientos del ISSS 03: Clínica ADS/PRO-FAMILIA 04: Clínica Privada/Médico 05: Farmacia 06: Puesto PRO-FAMILIA 07: ARS 08: Otro _____ (ESPECIFIQUE) 09: Ninguno 98: No Sabe | 11-12 (PASE A 507) |
| 505 | Si dependiera completamente de su decisión, que método preferiría usar ahora, el que está usando o algún otro método? | 1: Método Actual (PASE A 507) 2: Ningún Método (PASE A 507) 3: Otro Método | 13 |

Columna

| | | | |
|-----|--|---|-------|
| 506 | <p>Qué método le gustaría usar ahora?</p> | <p>01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros _____ (ESPECIFIQUE) 98: No Sabe</p> | 14-15 |
| 507 | <p>Está usted de acuerdo o no está de acuerdo con el uso de métodos anti conceptivos?</p> | <p>1: Está de acuerdo 2: No está de acuerdo (PASE A 509)</p> | 16 |
| 508 | <p>Porqué usted no está de acuerdo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(PASE A 510)</p> | <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> | 17-18 |
| 509 | <p>Porqué usted está de acuerdo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> | 19-20 |
| 510 | <p>Por qué medio conoció usted por primera vez sobre métodos anti-conceptivos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> | 21-22 |

SECCION VI: ESTADO CIVIL

| | | | Columna |
|---|---|---|---|
| 601 | Ha estado usted casada o acompañada? | 1: Sí 2: No (PASE A SECCION VII) | 23 |
| 602 | Actualmente, está usted casada, acompañada, viuda, divorciada o separada? | 1: Casada 2: Acompañada 3: Viuda 4: Divorciada/Separada | 24 |
| 603 | Ha estado usted casada o acompañada una vez o más de una vez? | 1: Una vez 2: Más de una vez | 25 |
| 604 | En qué año y mes se casó o se -- acompañó (POR PRIMERA VEZ)? | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> : Año 98: No sabe año </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes 98: No sabe mes </div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 26 - 27 28 - 29 </div> |
| SI NO SABE EL AÑO Y/O EL MES, PREGUNTE 605. | | | |
| 605 | Qué edad tenía cuando se casó o se acompañó (POR PRIMERA VEZ)? | <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> : Edad (AÑOS) </div> | 30 - 31 |

SECCION VII: PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

| VUELVA A 322 REVISE. SI LA ENTREVISTADA NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE, PASE A INSTRUCCION 708. SI ESTA EMBARAZADA PREGUNTE 701. | | | |
|---|--|---|---------|
| | | | Columna |
| 701 | Durante los seis meses anteriores a que saliera embarazada esta vez, estaba usando algún método para no quedar embarazada? | 1: Sí 2: No (PASE A 704) | 32 |
| 702 | Quedó usted embarazada mientras usaba algún método o ya había dejado de usarlo? | 1: Mientras lo usaba 2: Había dejado de usarlo (PASE A 704) | 33 |
| 703 | Que método estaba utilizando? | 01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: DIU 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros _____ (ESPECIFIQUE) | 34 - 35 |
| 704 | Antes de salir embarazada, deseaba tener otro hijo? | 1: Sí 2: No 3: No Sabe } (PASE A 706) | 36 |
| 705 | Deseaba el embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo? | 1: En ese momento 2: Esperar más tiempo 3: No Sabe | 37 |
| 706 | Después del niño que está esperando, desea tener otro niño? | 1: Sí 2: No 3: No Sabe } (PASE A INSTRUCCION DE 710) | 38 |
| 707 | Después del nacimiento del niño que está esperando, cuánto tiempo quisiera esperar para tener otro niño? | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>AÑOS DE ESPERA</div> </div> <p>98: No Sabe (PASE A INSTRUCCION DE 710)</p> | 39 - 40 |

| | | | |
|--|---|---|---------|
| VEA 402b) Y REVISE. ESTERILIZADA: SÍ <input type="checkbox"/> (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 710) No <input type="checkbox"/> | | | |
| VEA 602 Y REVISE. CASADA/ACOMPAÑADA: SÍ <input type="checkbox"/> (PREGUNTE 708) No <input type="checkbox"/> (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 710) | | | |
| | | | Columna |
| 708 | Desea tener (un, otro) hijo? | 1: SÍ 2: No 3: No Sabe } (PASE A 710) | 41 |
| 709 | Cuantos años le gustaría esperar para tener (un, otro) hijo? | <input type="text"/> <input type="text"/> Años de Espera | 42 - 43 |
| VEA 307 SI NO HAY NINGUN NACIMIENTO EN 1980 O DESPUES, PASE A 720. SI HAY UN SOLO NACIMIENTO EN 1980 O DESPUES, PASE A 715 SI HAY DOS O MAS NACIMIENTOS EN 1980 O DESPUES, CONTINUE: | | | |
| 710 | PARA EL PENULTIMO NACIMIENTO: Durante los seis meses anteriores a que usted quedara embarazada de _____ (NOMBRE) usó algún método para no quedar embarazada? | 1: SÍ 2: No (PASE A 713) | 44 |
| 711 | En el momento que usted quedó embarazada de (NOMBRE), estaba usando algún método o ya había dejado de usarlo? | 1: Estaba usando 2: Había dejado de usarlo (PASE A 713) | 45 |
| 712 | Qué método estaba usando? | 01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tablettes Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otro _____ (ESPECIFIQUE) | 46 - 47 |
| 713 | Antes de que usted quedara embarazada de (NOMBRE), deseaba tener otro niño? | 1: SÍ 2: No 3: No está segura } (PASE A 715) | 48 |
| 714 | Deseaba tener ese embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo? | 1: En ese momento 2: Esperar más tiempo 3: No Sabe | 49 |

Columna

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 715 | <p>PARA EL ULTIMO NACIMIENTO</p> <p>Durante los seis meses anteriores a que usted quedara embarazada de _____ (NOMBRE)</p> <p>Usó algún método para no quedar embarazada?</p> | <p>1: Sí 2: No (PASE A 718)</p> | 50 |
| 716 | <p>En el momento que usted quedó embarazada de (NOMBRE), estaba usando algún método o ya había dejado de usarlo?</p> | <p>1: Estaba usando</p> <p>2: Había dejado de usarlo (PASE A 718)</p> | 51 |
| 717 | <p>Qué método estaba usando?</p> | <p>01: Esterilización Femenina</p> <p>02: Esterilización Masculina</p> <p>03: Inyección</p> <p>04: D I U</p> <p>05: Píldora</p> <p>06: Condón</p> <p>07: Tabletas Vaginales</p> <p>08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma</p> <p>09: Ritmo</p> <p>10: Retiro</p> <p>11: Otro _____ (ESPECIFIQUE)</p> | 52 - 53 |
| 718 | <p>Antes de que usted quedara embarazada de (NOMBRE), deseaba tener otro niño?</p> | <p>1: Sí 2: No</p> <p>3: No está segura } (PASE A 720)</p> | 54 |
| 719 | <p>Deseaba tener ese embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo?</p> | <p>1: En ese momento</p> <p>2: Esperar más tiempo</p> <p>3: No sabe</p> | 55 |
| 720 | <p>Si pudiera escoger exactamente el número de hijos a tener en toda su vida, cuántos tendría?</p> <p>ANOTE NUMERO SIMPLE O RANGO</p> | <p><input type="text"/> <input type="text"/> : Número</p> <p>de <input type="text"/> <input type="text"/> R</p> <p>a <input type="text"/> <input type="text"/> a</p> <p>g</p> <p>o</p> | <p>56 - 57</p> <p>58 - 59</p> <p>60 - 61</p> |

SECCION VIII: ANTECEDENTES DEL CONYUGE

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------|--------------------|-----------|----------------------|----------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|--|-------|
| <p>VEA 601. SI NUNCA HA ESTADO CASADA O ACOMPAÑADA, FINALICE LA ENTREVISTA Y ANOTE LA HORA AL FINAL DE ESTA PAGINA.</p> <p>SI HA ESTADO CASADA O ACOMPAÑADA, PREGUNTE SOBRE EL ACTUAL O MAS RECIENTE CONYUGE.</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Columna | | | | | | | | | | |
| 801 | Asistió su (ULTIMO) esposo (CONYUGE) alguna vez a la escuela? | 1: Sí 2: No 3: No sabe | 62 | | | | | | | | | | |
| 802 | Cuál es el grado o año más alto que aprobó su esposo (CONYUGE)? | <table border="0"> <tr> <td><u>Nivel Educativo</u></td> <td><u>Grado o Año</u></td> </tr> <tr> <td>1: Básica</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2: Media</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3: Superior</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>98: No sabe</td> <td></td> </tr> </table> | <u>Nivel Educativo</u> | <u>Grado o Año</u> | 1: Básica | <input type="text"/> | 2: Media | <input type="text"/> | 3: Superior | <input type="text"/> | 98: No sabe | | 63-64 |
| <u>Nivel Educativo</u> | <u>Grado o Año</u> | | | | | | | | | | | | |
| 1: Básica | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 2: Media | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 3: Superior | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 98: No sabe | | | | | | | | | | | | | |
| SI APROBO CUARTO GRADO O MAS DE BASICA, PASE A 804 | | | | | | | | | | | | | |
| 803 | Puede (FODIA) él leer una carta o el periódico (EL DIARIO) con facilidad, con dificultad o no puede leer? | 1: Fácilmente 2: Con dificultad 3: No puede | 65 | | | | | | | | | | |
| 804 | Qué clase de trabajo realiza(ba) su esposo (CONYUGE) principalmente? _____ (DESCRIBIRLO) _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> | 66 - 67 | | | | | | | | | | |
| SI LA OCUPACION PRINCIPAL NO ES AGRICOLA, TERMINE ENTREVISTA. SI ES AGRICOLA, CONTINUE. | | | | | | | | | | | | | |
| 805 | Trabaja (TRABAJO) su esposo(CONYUGE) en tierras propias(FAMILIARES) o en tierras ajenas? | 1: Propias o Familiares (TERMINE ENTREVISTA) 2: Ajenas | 68 | | | | | | | | | | |
| 806 | Trabaja (TRABAJO) principalmente - por pago en dinero o por repartición de cosechas (PAGO EN ESPECIE)? | 1: Pago en dinero 2: Pago en especie 3: Parte en dinero y parte en especie | 69 | | | | | | | | | | |
| * | ANOTE HORA EXACTA DE FINALIZACION | HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> | 70 - 71 72 - 73 | | | | | | | | | | |

PARA OBSERVACIONES :

ENTREVISTADORA :

SUPERVISOR
DE
CAMPO :

COORDINACION :
