

# 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			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>

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		
		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
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 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">31</span>

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) :		35	36
Fecha de Entrevista:		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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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"/>	Columna
		23 24	25 26	
201	Inicialmente, he anotado que usted tiene _____; 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>	39-40
		1: Básica	<input type="text"/>	
		2: Media	<input type="text"/>	
		3: Superior	<input type="text"/>	
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

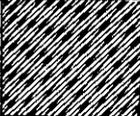
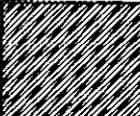
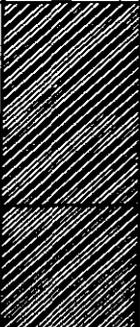
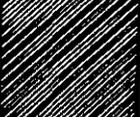
AHORA QUISIERA OBTENER INFORMACION DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS QUE USTED HAYA TENIDO DURANTE SU VIDA			Columna
301a)	Tiene algún hijo o hija que esté(n) viviendo con usted?	1: Sí      2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 301b) Y 301c), Y CONTINUE CON 302a)	7
301b)	Cuántas hijas viven con usted?	<input 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>          </u> hijos, es correcto? (NUMERO)	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? ¿Hace cuántos meses cumplió año?	<input type="text"/> <input type="text"/> : Años <input type="text"/> <input type="text"/> : Meses	29-30 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.

PREGUNTAS		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"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Años <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Años <input type="text"/> <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	Quando 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



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"/> días 2: <input type="text"/> semanas 3: <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"/> 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.

Método	403. Cuál es el lugar más cercano donde puede obtener (Método)?										404. Usted iría caminando o usaría transporte?	405. Que tiempo le tomaría llegar? (MINUTOS)
	Establecimientos del MSPAS	Establecimientos del ISSS	Clínica ADS/PRO-FAMILIA	Clínica Privada Médico	Farmacia	Puesto PRO-FAMILIA	ARS	Otro Lugar (ESPECIFIQUE)	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



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	7		
5	6		

411	Le recomendó alguna persona que se hiciera esta operación?	1: Sí                      2: No      (PASE A 413)																						
412	Quién le recomendó operarse?	1: Enfermera 2: Médico 3: Otro Trabajador de Salud  _____ (ESPECIFIQUE) 4: Trabajador/Promotor Social 5: Esposo 6: Pariente/Amigo (a) 7: Otro _____ (ESPECIFIQUE)																						
413	Fue su propia decisión hacérsela?	1: Sí                      2: No																						
414	Se sintió bajo presión para hacerse esta operación?	1: Sí 2: No      (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416)																						
415	En concreto, bajo qué presión se sintió? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
VEA 402 b):    NUNCA HA USADO LA PILDORA:    PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 418. HA USADO LA PILDORA:    MUESTRE LAS FOTOGRAFIAS.																								
416	Hay diferentes marcas de píldoras. Voy a enseñarle unas fotografías y me gustaría que me indicara cualquier marca que usted haya usado alguna vez:  Cuál de estas píldoras ha usado alguna vez?  ANOTE EL NUMERO DE IDENTIFICACION, LA MARCA Y EL PRECIO DE LAS PILDORAS QUE LA ENTREVISTADA MANIFIESTE HABER USADO ALGUNA VEZ.  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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: center;">Número</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Marca</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Precio (₡)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	Número	Marca	Precio (₡)													Otra			(ESPECIFIQUE)			
Número	Marca	Precio (₡)																						
Otra																								
(ESPECIFIQUE)																								

VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE LA PILDORA, PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 418. SI USA ACTUALMENTE LA PILDORA, CONTINUE.			Columna												
417	Qué marca usa actualmente?	<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"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	Número	Marca	Precio (L)				Otra:			(ESPECIFIQUE)			
Número	Marca	Precio (L)													
Otra:															
(ESPECIFIQUE)															
VEA 402 b): SI NUNCA HA USADO TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI HA USADO TABLETAS, MUESTRE LAS FOTOGRAFIAS.															
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"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	Número	Marca	Precio (L)				Otra:			(ESPECIFIQUE)			
Número	Marca	Precio (L)													
Otra:															
(ESPECIFIQUE)															
VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI USA TABLETAS VAGINALES, MANTENGA LAS FOTOGRAFIAS Y PREGUNTE.															
419	Qué marca usa actualmente?	<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"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	Número	Marca	Precio (L)				Otra:			(ESPECIFIQUE)			
Número	Marca	Precio (L)													
Otra:															
(ESPECIFIQUE)															
420	Conoce usted algún puesto de PRO-FAMILIA?	1: Sí                      2: No (PASE A 501)													
421	En los 12 meses últimos, ha obtenido algún método de cualquier puesto de PRO-FAMILIA?	1: Sí                      2: No (PASE A 501)													
422	Cuál fue el último método que obtuvo?	1: Pildora 2: Condón 3: Tabletts Vaginales 4: Otros Métodos Vaginales													
423	Está usando un puesto de PRO-FAMILIA ahora?	1: Sí (PASE A 501)      2: No													
424	<p>Porqué no?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>													



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>(PASE A 510)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	17-18
509	<p>Porqué usted está de acuerdo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	19-20
510	<p>Por qué medio conoció usted por primera vez sobre métodos anti-conceptivos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	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)?	<input type="text"/> <input type="text"/> : Año <input type="text"/> <input type="text"/> : Mes 98: No sabe año            98: No sabe mes	26 -27 28 -29
SI NO SABE EL AÑO Y/O EL MES, PREGUNTE 605.			
605	Qué edad tenía cuando se casó o se acompañó (POR PRIMERA VEZ)?	<input type="text"/> <input type="text"/> : Edad (AÑOS)	30 - 31



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: Tabletas 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><b>PARA EL ULTIMO NACIMIENTO</b>                  Durante los seis meses anteriores a que usted quedara embarazada de _____                  (NOMBRE)                  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                  2: Había dejado de usarlo      (PASE A 718)</p>	51
717	<p>Qué método estaba usando?</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: 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                  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                  2: Esperar más tiempo                  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                  de <input type="text"/> <input type="text"/> R                  a <input type="text"/> <input type="text"/> a n                  g                  o</p>	56 - 57 58 - 59 60 - 61

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 } (PASE A 803)	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													
<p>SI APROBO CUARTO GRADO O MAS DE BASICA, PASE A 804</p>													
805	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? <hr/> (DESCRIBIRLO)	<input type="text"/> <input type="text"/>	66 - 67										
<p>SI LA OCUPACION PRINCIPAL NO ES AGRICOLA, TERMINE ENTREVISTA.                      SI ES AGRICOLA, CONTINUE.</p>													
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										

