

| PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR | | HH |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| HH1. Número de segmento: ___ __ __ | HH2. Número de hogar: ___ __ | |
| HH3. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____ __ __ | HH4. Nombre y número del supervisor: Nombre _____ __ __ | |
| HH5. Día / Mes / Año de la entrevista: ___ __ / ___ __ / ___ __ | | |
| HH6. Área: Urbana..... 1 Rural..... 2 | HH7. Provincia: SAN JOSÉ..... 1 ALAJUELA 2 CARTAGO 3 HEREDIA 4 GUANACASTE..... 5 PUNTARENAS 6 LIMÓN..... 7 | |

SOMOS DE (***afiliación específica del país***). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (***cantidad***) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede el permiso* ⇒ Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.
- No, no se concede permiso* ⇒ Complete HH9. Discuta el resultado con su supervisor.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información: | |
| HH8. Nombre de (el jefe/la jefa) del hogar: _____ | |
| HH9. Resultado de la entrevista de hogar: Completa01 Ningún miembro del hogar presente o ningún respondiente competente presente en el hogar02 Todo el hogar ausente por un periodo extenso de tiempo03 Rechazada04 Vivienda vacía/La dirección no es una vivienda05 Vivienda destruida06 No se encontró la vivienda07 Otros (<i>especifique</i>) 96 | HH10. Entrevistado/a de la encuesta de hogares: Nombre: _____ Número de línea: ___ __ HH11. Número total de miembros del hogar: ___ __ |
| HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años: ___ __ | HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: ___ __ |
| HH14. Número de niños(as) menores de 5 años: ___ __ | HH15. Número de cuestionarios de niños(as) menores de 5 años completados: ___ __ |
| HH16. Editado en campo por (Nombre y número): Nombre _____ __ __ | HH17. Digitado por (Nombre y número): Nombre _____ __ __ |

FORMULARIO DE LISTADO DEL HOGAR

¿PODRÍA DECIRME EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE VIVEN AQUÍ, COMENZANDO POR (EL JEFE/LA JEFA) DEL HOGAR?
 Anote el nombre de (el jefe/la jefa) del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con (el jefe/la jefa) del hogar (HL3) y su sexo (HL4).
 Luego pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ AUNQUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO?
 Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas.
 Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del formulario de listado del hogar.

HH18.
 Anote la hora.
 Hora
 Minutos.....

| | | Para mujeres de 15 a 49 años | | Para niños/as menores de 5 años | | Para niños/as de 5 a 14 años | | Para niños/as menores de 5 años | | Para niños de 0 a 17 años | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| HL1. Número o de línea | HL2. Nombre | HL3. CUÁL ES LA RELACIÓN DE PAREN- TESCO DE (nombre) CON (EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR? | HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER? | HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)? | HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)? | HL7. Circule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años. | HL8. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL ENCARGADO PRINCIPAL DE ESTE/A NIÑO/A? | HL9. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL ENCARGADO PRINCIPAL DE ESTE/A NIÑO/A? | HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)? | HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA? | HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)? | HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA? |
| Línea | Nombre | Relación* | H M | Mes | Año | Edad | Madre | Madre | S N NS | Madre | S N NS | Padre |
| 01 | | 0 1 | 1 2 | -- | ---- | 01 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 02 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 02 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 03 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 03 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 04 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 04 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 05 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 05 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 06 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 06 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 07 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 07 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 08 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 08 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 09 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 09 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 10 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 10 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |

| HL1. Número o de línea | HL2. Nombre | HL3. ¿CUAL ES LA RELACION DE PAREN- TESCO DE (nombre) CON (EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR? | HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER? | HL5. ¿CUAL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)? | HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)? | HL7. Circule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años. | HL8. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL ENCARGADO PRINCIPAL DE ESTE/A NIÑO/A? | HL9. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL ENCARGADO PRINCIPAL DE ESTE/A NIÑO/A? | HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre) ? | HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA? | HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NA- TURAL DE (nombre)? | HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA? |
|---------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Línea | Nombre | Relación* | H M | Mes | Año | Edad | Madre | Madre | S N NS | Madre | S N NS | Padre |
| 11 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 11 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 12 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 12 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 13 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 13 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 14 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 14 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |
| 15 | | -- | 1 2 | -- | ---- | 15 | -- | -- | 1 2 8 | -- | 1 2 8 | -- |

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional

Sondee por miembros adicionales en el hogar.

Pregunte especialmente por algún niño o niña pequeño/a que no haya sido incluido en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (tales como empleados domésticos, amigos) pero que por lo general vivan en el hogar.

Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.

Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Mujeres aparte. Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea y el número de línea de su madre o persona encargada en el panel de información de un Cuestionario para Menores de 5 Años aparte.

Usted debe tener ahora un cuestionario por separado para cada mujer y cada niño/a en el hogar que reúnan los requisitos para ser entrevistados/as.

* Códigos para HL3: Relación con el jefe/lajefa del hogar:

| | | |
|------------------|----------------------|-----------------------------------------------|
| 01 Jefe/a | 06 Padre o Madre | 11 Sobrina / Sobrino |
| 02 Esposa/Esposo | 07 Suegros | 12 Otro parentesco |
| 03 Hijo/Hija | 08 Hermano / Hermana | 13 Adoptado / Hijo (a) de crianza/ Hijastro/a |
| 04 Yerno/Nuera | 09 Cuñado / Cuñada | 14 Sin parentesco |
| 05 Nieto | 10 Tío / Tía | 98 No sabe |

EDUCACIÓN

ED

| EDUCACIÓN | | Para miembros del hogar de 5 años de edad y mayores | | | | | | | | | | Para miembros del hogar de 5 a 24 años | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|----------------------------------------|---|---|-----------|-----------|-------|--|--|--|--|
| ED1. Número de línea | ED2. Nombre y edad Cople del Listado del Hogar, HL2 y HL6 | ED3. ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR? | ED4A. ¿CUÁL FUE EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre)? | ED4B. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ DE ESE NIVEL? | ED5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2011, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? | ED6. DURANTE ESTE/ESE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)? | ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ES DECIR 2010, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGÚN MOMENTO? | ED8. DURANTE ESE AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (nombre)? | Sf | No | Grado | Nivel | S | N | NS | Nivel | Grado | | | | |
| 01 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 02 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 03 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 04 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 05 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 06 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 07 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 08 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 09 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 10 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 11 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 12 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 13 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 14 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |
| 15 | | 1 2 | 0 1 2 3 8 | Grado: 98 NS | 1 2 | Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 8 NS | Grado: 98 NS | 1 2 8 | 1 | 2 | 0 1 2 3 8 | 1 | 2 | 8 | 0 1 2 3 8 | 0 1 2 3 8 | | | | | |

| AGUA Y SANEAMIENTO | | WS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? | Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda.....11 Tubería dentro del terreno, patio o lote...12 Tubería al vecino13 Llave/grifo público14 Pozo con tubería21 Pozo cavado Pozo protegido31 Pozo no protegido32 Agua de manantial Manantial protegido.....41 Manantial no protegido42 Recogen agua de lluvia.....51 Carrotanque / camión cisterna61 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación)81 Agua embotellada/envasada91 Otra (<i>especifique</i>).....96 | 11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6 14⇒WS3 21⇒WS3 31⇒WS3 32⇒WS3 41⇒WS3 42⇒WS3 51⇒WS3 61⇒WS3 81⇒WS3 96⇒WS3 |
| WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS? | Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda.....11 Tubería dentro del terreno, patio o lote...12 Tubería al vecino13 Llave/grifo público14 Pozo con tubería21 Pozo cavado Pozo protegido31 Pozo no protegido32 Agua de manantial Manantial protegido.....41 Manantial no protegido42 Recogen agua de lluvia.....51 Carrotanque / camión cisterna61 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación)81 Otra (<i>especifique</i>).....96 | 11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6 |
| WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA? | Al interior de la propia vivienda 1 En el propio patio/lote..... 2 En otro lado 3 | 1⇒WS6 2⇒WS6 |
| WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR? | No. de minutos..... _ _ _ No Sabe 998 | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <p>WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?</p> | <p>Mujer adulta (de 15 años o más).....1 Hombre adulto (de 15 años o más).....2 Niña (menor de 15).....3 Niño (menor de 15).....4 NS.....8</p> | |
| <p>WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p> | <p>Sí. 1 No.....2 NS.....8</p> | <p>2⇒WS8 8⇒WS8</p> |
| <p>WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Anote todas las opciones mencionadas.</i></p> | <p>La hierve A Le añade blanqueador / cloro B La filtra con una tela C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) D Desinfección solar.....E La deja reposar y asentar F Otro (<i>especifique</i>) X NS.....Z</p> | |
| <p>WS8. ¿QUÉ CLASE DE SERVICIO SANITARIO UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> <p><i>Si responde "inodoro" o "letrina con cierre hidráulico", indague:</i> ¿HACIA DÓNDE DESCARGA?</p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i></p> | <p>Con agua para descargar o bañarse Inodoro conectado al alcantarillado..... 11 Inodoro conectado al tanque séptico 12 Letrina (pozo negro, hueco con descarga de agua)..... 13 Inodoro con salida directa a acequia, zanja, río o estero..... 14 Letrina de fosa Letrina de fosa mejorada con ventilación 21 Letrina de fosa con losa.....22 Letrina de fosa sin losa / Foso abierto 23 Inodoro de compostaje..... 31 Balde..... 41 Inodoro colgante, Letrina colgante 51 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo..... 95 Otro (<i>especifique</i>) 96</p> | <p>95⇒Módulo siguiente</p> |
| <p>WS9. ¿COMPARTE USTED ESTE SERVICIO CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> | <p>Sí. 1 No.....2</p> | <p>2⇒Módulo siguiente</p> |
| <p>WS10. ¿COMPARTE USTED ESTE SERVICIO ÚNICAMENTE CON MIEMBROS DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?</p> | <p>Con otros hogares únicamente (no con el público en general)1 Instalación pública2</p> | <p>2⇒Módulo siguiente</p> |
| <p>WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> | <p>Número de hogares (si menos de 10) 0_ Diez hogares o más..... 10 NS..... 98</p> | |

| CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR | | HC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| HC1A. ¿CUÁL ES LA RELIGIÓN (DEL JEFE)/(LA JEFA) DEL HOGAR? | <i>Católica</i>1 <i>Cristiana</i>2 <i>Evangélica</i>3 Otra religión (<i>especifique</i>) 6 Ninguna religión.....7 | |
| HC1B. ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/IDIOMA NATIVO (DEL JEFE)/(LA JEFA) DEL HOGAR? | <i>Español</i>1 <i>Inglés</i>2 Otro idioma (<i>especifique</i>) 6 | |
| HC1C. ¿A QUÉ GRUPO ÉTNICO PERTENECE EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR? | <i>Indígena</i>1 <i>Negro /afrocostarricense</i>2 <i>Chino</i>3 <i>Mestizo</i>4 Otro grupo étnico (<i>especifique</i>) 6 | |
| HC1D. ¿NACIÓ EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR EN COSTA RICA? | Sí. 1 No.....2 | 01⇒ HC2 |
| HC1E. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO ESTÁ VIVIENDO EN COSTA RICA EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR? | Hace días..... 1 __ Hace semanas 2 __ Hace meses 3 __ Hace años..... 4 __ | |
| HC2. ¿CUÁNTOS CUARTOS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR? | Número de cuartos..... __ | |
| HC3. Material predominante del piso de la vivienda. <i>Anote la observación.</i> | Piso natural Piso de tierra..... 11 Piso rudimentario Madera..... 21 Materiales naturales (bambú, caña, chonta) 22 Piso terminado Parquet o madera lustrada 31 Cerámica 33 Cemento (lujado o no) 34 Alfombra 35 Mosaico o terrazo 36 Otro (<i>especifique</i>) 96 | |
| HC4. Material principal del techo. <i>Anote la observación.</i> | Techo natural No tiene techo 11 Palma/ paja/ chonta/ suite 12 Techo rudimentario Tablones de madera 23 Cartón 24 Techo terminado Láminas de metal (ej. zinc) 31 Fibrocemento 33 Cemento 35 Material de desecho (latas viejas, sacos, | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| | plástico, etc) 38 Otro (<i>especifique</i>) 96 | |
| HC5. Material principal de las paredes exteriores. <i>Anote la observación.</i> | Paredes naturales No hay paredes 11 Tierra 13 Paredes rudimentarias Bambú con barro 21 Piedra con barro..... 22 Adobe a la vista 23 Cartón 25 Madera reutilizada 26 Zinc..... 27 Caña..... 29 Material de desecho (latas viejas, sacos, plástico, etc) 28 Paredes terminadas Cemento 31 Ladrillo 33 Bloques de cemento..... 34 Adobe cubierto 35 Tablones de madera 36 Prefabricado..... 37 Zócalo (cemento con madera o fibrocemento)..... 38 Otro (<i>especifique</i>) 96 | |
| HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU HOGAR PARA COCINAR? | Electricidad..... 01 Gas de petróleo licuado (GPL) 02 Gas natural 03 Carbón..... 06 Leña..... 08 Ninguno (no se cocina)..... 95 Otras (<i>especifique</i>) 96 | 01⇒HC8 02⇒HC8 95⇒HC8 |
| HC7. ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA EDIFICACIÓN SEPARADA O A CAMPO ABIERTO? <i>Si responde 'Dentro de la casa', indague: ¿EN UNA HABITACIÓN SEPARADA UTILIZADA COMO COCINA?</i> | Dentro de la casa En una habitación separada utilizada como cocina 1 En otra parte de la casa 2 En una edificación separada 3 A campo abierto..... 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 | |
| HC8. ¿TIENE SU HOGAR: | | Sí No |
| [A] ELECTRICIDAD? | Electricidad..... 1 | 2 |
| [B] RADIO O EQUIPO DE SONIDO? | Radio o equipo de sonido 1 | 2 |
| [C] TELEVISOR CONVENCIONAL? | Televisor convencional..... 1 | 2 |
| [C1] PANTALLA DE TV (PLASMA, LCD, LED)? | Pantalla de TV (Plasma, LCD, LED) 1 | 2 |
| [C1] TELEVISIÓN POR CABLE O SATELITE? | Televisión por cable o satélite 1 | 2 |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| [D] TELÉFONO FIJO? | Teléfono fijo..... 1 | 2 | |
| [E] REFRIGERADOR? | Refrigerador 1 | 2 | |
| [F] LAVADORA? | Lavadora 1..... 2 | | |
| [G] CARRO PARTICULAR | Carro particular 1 | 2 | |
| [H] MICROONDAS? | Microondas 1 | 2 | |
| [I] DUCHA PARA AGUA CALIENTE? | Ducha para agua caliente..... 1 | 2 | |
| [J] SISTEMA DE AGUA CALIENTE PARA TODA LA CASA? | Sistema de agua caliente para toda la casa..... 1 | 2 | |
| [K] TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA | Tanque de almacenamiento de agua ... 1 | 2 | |
| HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE: | | Sí No | |
| [A] RELOJ? | Reloj..... 1 | 2 | |
| [B] TELÉFONO CELULAR? | Teléfono celular 1 | 2 | |
| [C] BICICLETA? | Bicicleta..... 1 | 2 | |
| [D] MOTOCICLETA O MOTONETA? | Motocicleta / Motoneta 1 | 2 | |
| [E] CARRETA HALADA POR BUEYES? | Carreta halada por bueyes 1 | 2 | |
| [F] AUTOMÓVIL O CAMIONETA? | Automóvil / Camioneta 1 | 2 | |
| [G] BOTE CON MOTOR? | Bote con motor..... 1 | 2 | |
| [H] COMPUTADORA DE ESCRITORIO? | Computadora de escritorio..... 1 | 2 | |
| [I] COMPUTADORA PORTÁTIL? | Computadora portátil 1 | 2 | |
| HC10. ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR PROPIETARIA DE LA VIVIENDA? <i>Si "No", pregunte: ¿Usted alquila la vivienda de alguien que no vive en el hogar?</i> <i>Si "Alquila de alguien que no vive en el hogar", marque "2".</i> | Propietario..... 1 Alquila 2 La vivienda es prestada 3 La vivienda está en precario 4 Otro 6 | | |
| HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNA TIERRA QUE PUEDA USARSE PARA AGRICULTURA? | Sí. 1 No..... 2 | | 2⇒HC13 |
| HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR? <i>Si menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i> | Hectáreas..... _ _ | | |
| HC13. ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL? | Sí. 1 No..... 2 | | 2⇒HC15 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS ANIMALES SIGUIENTES POSEE EL HOGAR?</p> <p>[A] GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS</p> <p>[B] CABALLOS, BURROS O MULAS</p> <p>[C] CABRAS</p> <p>[D] OVEJAS</p> <p>[E] GALLINAS, PATOS, CHOMPIPIES O GANSOS</p> <p>[F] CHANCHOS <i>Si no posee ninguno, anote '00'.</i> <i>Si responde 95 o más, anote '95'.</i> <i>Si no sabe, anote '98'.</i></p> | <p>Ganado, vacas lecheras o toros __ __</p> <p>Caballos, burros o mulas..... __ __</p> <p>Cabras __ __</p> <p>Ovejas..... __ __</p> <p>Gallinas, patos, chompipes o gansos..... __ __</p> <p>Cerdos __ __</p> | |
| <p>HC15. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?</p> | <p>Sí 1</p> <p>No.....2</p> | |

| FUMIGACIÓN RESIDUAL INTERIOR | IR | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>IR1. EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿VINO ALGUNA PERSONA A LA VIVIENDA PARA FUMIGAR LAS PAREDES INTERIORES CON ALGÚN PRODUCTO CONTRA MOSQUITOS?</p> | <p>Sí 1</p> <p>No.....2</p> <p>NS.....8</p> | <p>2⇒Siguiete módulo</p> <p>8⇒Siguiete módulo</p> |
| <p>IR2. ¿QUIÉN FUMIGÓ LA CASA?</p> <p><i>Circule todo lo que corresponda.</i></p> | <p>Un funcionario del gobierno / programa del gobierno A</p> <p>Una empresa privada B</p> <p>Una organización no gubernamental C</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>NS.....Z</p> | |

TRABAJO INFANTIL CL

Para administrar a niños(as) del hogar de 5 a 14 años. Para los miembros del hogar menores de 5 años o mayores de 14 años deje las filas en blanco. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO DE TRABAJO QUE HACEN LOS NIÑOS(AS) DE ESTE HOGAR.

| Línea | Nombre | Edad | CL2. Nombre y edad | | CL3. Durante la semana pasada, ¿hizo (nombre) algún tipo de trabajo para alguien que no es miembro de este hogar? Si "sí": ¿por paga en dinero o en especie? 1 Sí, por paga (en dinero o especie) 2 Sí, sin paga 3 No ⇒ CL5 | CL4. Desde el último (día de la semana), ¿aproximadamente por cuántas horas hizo él/ella ese trabajo para una persona que no es miembro de este hogar? Si tiene más de un trabajo, incluya todas las horas de todos los trabajos | CL5. Durante la última semana, ¿fue (nombre) a buscar agua o a recolectar leña o alimentos para usar en el hogar? 1 Sí 2 No ⇒ CL7 | CL6. Desde el último (día de la semana), ¿aproximadamente cuántas horas buscó agua o recolectó alimentos para usar en el hogar? | CL7. Durante la última semana, realizó (nombre) algún trabajo remunerado o no, en alguna finca o negocio familiar o venta de artículos? Incluya trabajos realizados para una empresa dirigida por el niño/a, solo o con uno o más compañeros. 1 Sí 2 No ⇒ CL7A | CL8. Desde el último (día de la semana), ¿aproximadamente cuántas horas hizo este trabajo para su familia o para él mismo/ella misma? 1 Sí 2 No ⇒ CL9 | CL7A. Durante la última semana (nombre) solicitó dinero en la calle? | CL8A. Desde el último (día de la semana), ¿aproximadamente cuántas horas solicitó dinero en la calle? | CL9. Durante la semana pasada, ayudó (nombre) a los quehaceres domésticos del hogar, tales como hacer las compras, limpiar, lavar la ropa, cocinar o cuidar a niños/as, a personas mayores o enfermas? 1 Sí 2 No ⇒ Siguiendo línea | CL10. Desde el último (día de la semana), ¿aproximadamente cuántas horas realizó estos quehaceres domésticos? | CL11. Durante la semana pasada, cuántas horas le dedicó (nombre) en forma exclusiva a jugar solo o con amigos, pasear, leer, oír música o participar en actividades recreativas? | | | |
|-------|--------|------|--------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | | Sí | No | | | | | | | | | | | | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 01 | | | Pagado | 1 | 2 | 3 | Sí | 1 | No | 2 | Número de horas | 1 | No | 2 | Número de horas | 1 | No | 2 |
| 02 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 03 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 04 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 05 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 06 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 07 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 08 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |
| 09 | | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 |

| CL1. Número de línea | CL2. Nombre y edad Copie del Listado del Hogar, HL2 y HL6 | CL3. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿HIZO (nombre) PARA ALGUIEN QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR? Sí "sí": ¿POR PAGA EN DINERO O EN ESPECIE? 1 Sí, por paga (en dinero o especie) 2 Sí, sin paga 3 No ⇒ CL5 | CL4. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADA -MENTE POR CUÁNTAS HORAS HIZO ÉL/ELLA ESE TRABAJO PARA UNA PERSONA QUE NO ES MIEMBRO DE ESTE HOGAR? Si tiene más de un trabajo, incluya todas las horas de todos los trabajos | CL5. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿FUE (nombre) A BUSCAR AGUA O A RECOLECTAR LEÑA O ALIMENTOS PARA USAR EN EL HOGAR? 1 Sí 2 No ⇒ CL7 | CL6. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMA- DAMENTE CUÁNTAS HORAS BUSCÓ AGUA O RECOLECTÓ LEÑA O ALIMENTOS PARA USAR EN EL HOGAR? | CL7. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, REALIZÓ (nombre) ALGUN TRABAJO REMUNERADO O NO, EN ALGUNA FINCA O NEGOCIO FAMILIAR O VENTA DE ARTÍCULOS? Incluya trabajos realizados para una empresa dirigida por el niño/a, solo o con uno o más compañeros. 1 Sí 2 No ⇒ CL7A | CL8. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMAD AMENTE CUÁNTAS HORAS HIZO ESTE TRABAJO PARA SU FAMILIA O PARA ÉL MISMO/ELLA MISMA? | CL7A. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, (nombre) SOLICITÓ DINERO EN LA CALLE? 1 Sí 2 No ⇒ CL9 | CL8A. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADA MENTE CUÁNTAS HORAS SOLICITÓ DINERO EN LA CALLE? | CL9. DURANTE LA SEMANA PASADA, AYUDÓ (nombre) A LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS DEL HOGAR, TALES COMO HACER LAS COMPRAS, LIMPIAR, LAVAR LA ROPA, COCINAR O CUIDAR A OTROS NIÑOS/AS, A PERSONAS MAYORES O ENFERMAS? 1 Sí 2 No ⇒ Siguiente línea | CL10. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana), ¿APROXIMADAME NTE CUÁNTAS HORAS PASÓ REALIZANDO ESTOS QUEHACERES DOMÉSTICOS? | CL11. DURANTE LA SEMANA PASADA, CUÁNTAS HORAS LE DEDICÓ (nombre) EN FORMA EXCLUSIVA A JUGAR SOLO O CON AMIGOS, PASEAR, LEER, OÍR MÚSICA O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS? |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | Sí No Pagado Sin paga 1 2 3 | Número de horas | Sí No 1 2 | Número de horas | Sí No 1 2 | Número de horas | Sí No 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 11 | | 1 2 3 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 12 | | 1 2 3 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 13 | | 1 2 3 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 14 | | 1 2 3 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |
| 15 | | 1 2 3 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | 1 2 | Número de horas | Número de horas | Número de horas | Número de horas |

Tabla 1: Niños/as de 2 a 14 años que son elegibles para el modulo de Disciplina Infantil

- Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 2 a 14 años en el orden en que aparece en el Formulario de Listado del Hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 2 a 14 años de edad.
- Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.
- Luego anote el número total de niños de entre 2 y 14 años en el casillero correspondiente (CD6).

| CD1. Numero de orden | CD2. Numero de línea de HL1 | CD3. Nombre de HL2 | CD4. Sexo de HL4 | | CD5. Edad de HL6 |
|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|---|---------------------|
| Orden | Línea | Nombre | M | F | Edad |
| 1 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 2 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 3 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 4 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 5 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 6 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 7 | --- | | 1 | 2 | — — |
| 8 | --- | | 1 | 2 | — — |
| CD6. | Total de niños de 2 a 14 años | | | | — — |

- Si hay (un solo niño)/(una sola niña) de 2 a 14 años en el hogar, omita la tabla 2 y vaya a CD8; escriba '1' y continúe con CD9

Tabla 2: Selección aleatoria de (un niño)/(una niña) para el Cuestionario sobre Disciplina Infantil

- Use la Tabla 2 para seleccionar a (un niño)/(una niña) de 2 a 14 años, si hay más de uno/a en ese rango de edad en el hogar.
- Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Éste es el número de la fila que usted debe usar en la tabla de abajo.
- Verifique el número total de niños elegibles (2-14) en CD6 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir.
- Busque el recuadro en el cual se intersectan la fila y la columna y circule el número que aparece en dicho recuadro Este es el número de orden del niño (CD1) acerca del cual se harán las preguntas.

| CD7. Último dígito del número de hogar (HH2) | Número total de niños/as en el Hogar que son elegibles (CD6) | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8+ |
| 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 6 | 5 | 4 |
| 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 6 | 5 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 7 | 6 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 8 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 |
| 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 6 | 4 | 2 |
| 7 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 |
| 8 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 6 | 4 |
| 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 7 | 5 |

CD8. Anote el número de orden (del niño/de la niña) seleccionado/a

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| <p>CD9. Escriba para (el niño seleccionado)/(la niña seleccionada) para el módulo, el nombre y el número de línea que aparece en CD3 y CD2, según el número de orden que figura en CD8.</p> | <p>Nombre _____ Número de línea</p> | |
| <p>CD10. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS(AS) LA FORMA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUIERO QUE UD. ME DIGA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (nombre) EN EL MES PASADO</p> <p>CD11. LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD12. LE EXPLICÓ A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD13. LO/LA SACUDIÓ O EMPUJO PARA REPRENDERLO.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD14. LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ, O LE DIO ALARIDOS</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD15. LE DIO OTRA COSA QUE HACER.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD16. LE DIO UNA GOLPIZA, LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD17. LO/LA GOLPEÓ EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD18. LO/LA LLAMÓ TONTO/A, IDIOTA, ESTÚPIDO/A VAGABUNDO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD19. LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD20. LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD21 LE HÁ PEGADO UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.</p> | <p>Sí. 1 No 2</p> | |
| <p>CD22. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?</p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe / No opina 8</p> | |

| LAVADO DE MANOS | | HW |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>HW1. ¿PUEDE MOSTRARME QUÉ LUGAR USAN CON MAYOR FRECUENCIA LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?</p> | <p>Lugar observado 1</p> <p>Lugar no observado</p> <p>No está en la vivienda/patio/lote..... 2</p> <p>No obtuvo permiso para ver el lugar..... 3</p> <p>Otra razón 6</p> | <p>2 ⇨HW4</p> <p>3 ⇨HW4</p> <p>6 ⇨HW4</p> |
| <p>HW2. <i>Observe si hay agua en el lugar designado para el lavado de manos.</i></p> <p><i>Verifique la llave/bomba, cuenca, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para la presencia de agua</i></p> | <p>Hay agua disponible 1</p> <p>No hay agua disponible..... 2</p> | |
| <p>HW3. <i>Anote si hay jabón o detergente en el lugar designado para el lavado de manos.</i></p> <p><i>Circule todo lo que corresponda.</i></p> <p><i>Pase a HH19 si se circula cualquier código de jabón o detergente (A, B, C o D). Si se circula "Ninguno" (Y), continúe con HW4.</i></p> | <p>Jabón en barra..... A</p> <p>Detergente (en polvo / líquido / en pasta) B</p> <p>Jabón líquido..... C</p> <p>Ceniza / barro / arena..... D</p> <p>Ninguno Y</p> | <p>A⇨HH19</p> <p>B⇨HH19</p> <p>C⇨HH19</p> <p>D⇨HH19</p> |
| <p>HW4. ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE (EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS)?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> | <p>2⇨HH19</p> |
| <p>HW5. ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO POR FAVOR?</p> <p><i>Anote la observación. Circule todo lo que corresponda</i></p> | <p>Jabón en barra..... A</p> <p>Detergente (en polvo / líquido / en pasta) B</p> <p>Jabón líquido..... C</p> <p>Ceniza / barro / arena..... D</p> <p>No pudo / No desea mostrarlo Y</p> | |

| | | |
|----------------------|---------------------------|--|
| HH19. Anote la hora. | Hora y minutos : .. | |
|----------------------|---------------------------|--|

HH20. ¿Hay mujeres elegibles de 15 a 49 años de edad que residen en el hogar?

Verifique en el Listado del Hogar en la columna HL7 si hay una mujer elegible.
Debe tener un cuestionario con el Panel de Información completado para cada mujer elegible.

- Sí. ⇒ Vaya al CUESTIONARIO DE MUJER para aplicar el cuestionario a la primera mujer elegible.
- No. ⇒ Continúe.

HH21. ¿Hay niños/as menores de 5 años que residen en el hogar?

Verifique en el Listado del Hogar en la columna HL9 si hay (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años elegible.
Debe tener un cuestionario con el Panel de Información completado para cada niño/a elegible

- Sí ⇒ Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para aplicar el cuestionario a la madre o al encargado del primer menor de cinco años elegible.
- No ⇒ Concluya la entrevista agradeciéndole a la persona entrevistada por su cooperación. Junte todos los cuestionarios correspondientes a este hogar y complete HH8 a HH15 en la portada.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor



| PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER | | WM |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Este cuestionario debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i> | | |
| WM1. Número de segmento: _____ | WM2. Número de hogar: _____ | |
| WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____ | WM4. Número de línea de la mujer: _____ | |
| WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____ | WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / _____ | |

Repetir el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer:

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

SOMOS DE (**afiliación específica del país**). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (**cantidad**) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (**cantidad**) MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para tomar anotar la hora y luego comenzar la entrevista.
- No, no se concede permiso ⇒ Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisora.

| | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WM7. Resultado de la entrevista con la mujer | Completa..... 01 Ausente..... 02 Rechazo 03 Incompleta..... 04 Incapacitada..... 05 Otro (<i>especifique</i>) _____ 96 |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| WM8. Editado en campo por (Nombre y número): Nombre _____ | WM9. Digitado por (Nombre y número): Nombre _____ |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------|--------------------------|
| WM10. Anote la hora: | Hora y minutos..... : .. |
|----------------------|--------------------------|

| ANTECEDENTES DE LA MUJER | | WB |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ? | Fecha de nacimiento: Mes..... : .. No sabe el mes 98 Año : .. : .. No sabe el año 9998 | |
| WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i> | Edad (en años completos)..... : .. | |
| WB2A. ¿NACIÓ USTED EN COSTA RICA? | Sí. 1 No..... 2 | 01⇒ WB3 |
| WB2B. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO ESTÁ EN COSTA RICA? | Hace días..... 1 : .. Hace semanas 2 : .. Hace meses 3 : .. Hace años 4 : .. | |
| WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR? | Sí. 1 No..... 2 | 2⇒WB7 |
| WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN EL SISTEMA EDUCATIVO? | Preescolar 0 Primaria 1 Secundaria 2 Superior 3 | 0⇒WB7 |
| WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si es menos de 1 grado, anote "00"</i> | Grado..... : .. | |
| WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria o superior ⇒ Vaya al Siguiente Módulo <input type="checkbox"/> Primaria ⇒ Continúe con WB7 | | |
| WB7. ¿PUEDE USTED LEER AL MENOS UNA PARTE DE ESTA FRASE? <i>Muestre las frases a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> | No puede leer nada 1 Puede leer sólo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa 3 La frase no estaba en el idioma requerido 4 <i>(especifique el idioma)</i> Ciega/muda, vista/dificultad al hablar 5 | |

NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS CM

Todas las preguntas se refieren sólo a (niños nacidos vivos)/ (niñas nacidas vivas).

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS HIJOS (AS) QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ? | Sí. 1 No..... 2 | 2⇒Siguiente módulo |
| CM12. DE (número total) HIJOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO (AÚN CUANDO ÉL/ ELLA HAYA FALLECIDO)? Se deben anotar el mes y el año. | Fecha del último parto: Día __ __ No sabe el día 98 Mes..... __ __ Año __ __ __ | |

CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2009

- No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.
- Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Pregunte el nombre del niño
Nombre del niño / de la niña _____

Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes.

Continúe con el siguiente módulo.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO DB

Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.

Verifique el módulo de mortalidad infantil CM13 y anote aquí el nombre del último hijo nacido / última hija nacida _____.

Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
| DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO? | Sí. 1 No 2 | 1⇒Siguiente módulo |
| DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS? | Más adelante..... 1 No más..... 2 | 2⇒Siguiente módulo |
| DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR? | Meses 1 __ Años..... 2 __ No sabe..... 998 | |

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO
MN

Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.

Verifique el módulo de mortalidad en la niñez CM13 y anote aquí el nombre del último nacimiento:_____.

Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|------------------------|---|---|------------------------|---|---|-------------------------|---|---|--|
| MN1. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? | Sí. 1 No.....2 | 2⇒MN5 | | | | | | | | | | | | |
| MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i> | Profesional de la salud: Médico general/obstetra A Enfermera general.....B Enfermera obstétrica.....I Comadrona auxiliar.....C Otra persona Partera tradicional.....F Trabajadora de salud comunitariaG Otro (<i>especifique</i>)..... X | | | | | | | | | | | | | |
| MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? | Número de consultas..... __ __ No sabe 98 | | | | | | | | | | | | | |
| MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ: [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? | <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="text-align:center;">Sí</td> <td style="text-align:center;">No</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> </table> | | Sí | No | Presión arterial | 1 | 2 | Muestra de orina | 1 | 2 | Muestra de sangre | 1 | 2 | |
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| Muestra de orina | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| Muestra de sangre | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| MN5. ¿TIENE USTED ALGÚN CARNÉ U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR? <i>Si se presenta el carné, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i> | Sí (vio el carné) 1 Sí (no vio el carné)..... 2 No 3 No sabe 8 | | | | | | | | | | | | | |
| MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER? | Sí. 1 No.....2 No sabe8 | 2⇒MN9 8⇒MN9 | | | | | | | | | | | | |
| MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron siete veces o más, anote '7'.</i> | Número de veces..... No sabe 8 | 8⇒MN9 | | | | | | | | | | | | |
| MN8. Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informaron en MN7? | | | | | | | | | | | | | | |

| <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN11.A <input type="checkbox"/> Menos de dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO? | Sí. 1 No.....2 No sabe.....8 | 2⇒MN11A 8⇒MN11A |
| MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron siete o más veces, anote '7'.</i> | Cantidad de veces No sabe..... 8 | 8⇒MN11A |
| MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? | Hace (años)..... | |
| MN11A. INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO ¿RECIBIÓ LA INYECCIÓN CONTRA LA TOSFERINA PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL BEBÉ? | Sí. 1 No 2 No sabe 8 | |
| MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i> | Profesional de la salud: Médico general/obstetra..... A Enfermera generalB Comadrona auxiliarC Enfermera obstétrica I Otra persona Partera tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria... ..G Pariente/Amiga(o)..... H Otro (<i>especifique</i>) X NadieY | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p>MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del lugar</i>)</p> | <p>Hogar</p> <p>Su casa 11</p> <p>Otra casa 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital de la CCSS.....21</p> <p>Clínica del la CCSS / centro de salud22</p> <p>Sede de EBAIS.....23</p> <p>Otra institución pública (<i>especifique</i>)26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado.....31</p> <p>Clínica privada32</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>)36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)96</p> | <p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p> |
| <p>MN19. ¿NACIÓ (NOMBRE) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE SACARON EL BEBÉ POR EL ESTÓMAGO?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No2</p> | |
| <p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p> | <p>Muy grande1</p> <p>Más grande que el promedio.....2</p> <p>Tamaño promedio3</p> <p>Más pequeño que el promedio4</p> <p>Muy pequeño.....5</p> <p>No sabe8</p> | |
| <p>MN21. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> | <p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p> |
| <p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso del carné de salud, si está disponible.</i></p> | <p>Del carné 1 (kg) _ . _ _ _</p> <p>De memoria 2 (kg) _ . _ _ _</p> <p>No sabe99998</p> | |
| <p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Sí.....1</p> <p>No2</p> | |
| <p>MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No2</p> | <p>2⇒Siguiente módulo</p> |
| <p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>NOMBRE</i>) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es “menos de una hora”, anote ‘00’ horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es ‘menos de 24 horas’, anote horas.</i></p> | <p>INMEDIATAMENTE..... 000</p> <p>HORAS 1 _ _</p> <p>DÍAS 2 _ _</p> | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <i>En cualquier otro caso, anote días.</i> | NO SABE/NO RECUERDA..... 998 | |
| MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO SEA LECHE MATERNA? | Sí. 1 No 2 | 2⇒ Siguiente Módulo |
| MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>NOMBRE</i>) DE TOMAR? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS? | Leche (que no sea leche materna) A Agua del tubo/sin aditivos B Agua dulce o agua con azúcar C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés D Solución de agua con azúcar y sal E Jugo de frutas F Fórmula para bebés G Té/Infusiones H Miel I Otro (<i>especifique</i>) X | |

| SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD | | IS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>IS1. Verifique el Listado de Hogar, columna HL9</p> <p>¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya al Siguiente Módulo.</p> | | |
| <p>IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD.</p> <p>¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE AL NIÑO A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?</p> <p>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</p> <p><i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero NO induzca la respuesta con sugerencias</i></p> | <p>El niño no puede ingerir líquido o amamantarse A El niño empeora B El niño comienza a tener fiebre C El niño tiene respiración rápida D El niño tiene dificultades para respirar E El niño tiene sangre en las heces F El niño ingiere poco líquido G Otro (<i>especifique</i>) X Otro (<i>especifique</i>) Y Otro (<i>especifique</i>) Z</p> | |

| MÓDULO DE ANTICONCEPCION | | CP |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?</p> | <p>Sí, actualmente embarazada..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No está segura o no sabe..... 8</p> | 1⇒Siguiete módulo |
| <p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> | 2⇒Siguiete Módulo |
| <p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</p> | <p>Esterilización femenina A</p> <p>Esterilización masculina B</p> <p>DIU C</p> <p>Inyecciones D</p> <p>Implantes E</p> <p>Píldoras F</p> <p>Condón masculino..... G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma I</p> <p>Jalea/Espuma J</p> <p>Amenorrea por Lactancia K</p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo..... L</p> <p>Retiro M</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> | |



| NECESIDAD INSATISFECHA | | UN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| UN1. Verifique CP1. Está embarazada actualmente. <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5 | | |
| UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO? | Sí. 1 No 2 | 1⇒UN4 |
| UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS? | Más adelante..... 1 No más..... 2 | |
| UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS? | Tener otro hijo..... 1 No más/Ninguno..... 2 No ha decidido/No sabe 8 | 1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13 |
| UN5. Verifique CP3. Está utilizando ahora "Esterilización femenina"? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6 | | |
| UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO(S)? | Tener (un/otro) hijo..... 1 No más/Ninguno 2 Dice que no puede quedar embarazada 3 No ha decidido/No sabe 8 | 2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9 |
| UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO? | Meses..... 1 __ __ Años 2 __ __ Pronto/Ahora.....993 Dice que no puede quedar embarazada.....994 Después del matrimonio o unión.....995 Otro.....996 No sabe.....998 | 994⇒UN11 |
| UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9 | | |
| UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10 | | |
| UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA? | SÍ.....1 No.....2 No sabe8 | 1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13 |
| UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA? | Relaciones sexuales infrecuentes /No tiene relaciones sexuales.....A MenopausiaB Nunca menstruó.....C Histerectomía (le sacaron útero o matriz)D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultadosE Amenorrea postpartoF AmamantamientoG Muy mayorH Cree que no puede y no sabe porque.....I No le ha venido la menstruación desde el ultimo parto.....J Otro (<i>especifique</i>)X No sabe.....Z | |
| UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? <input type="checkbox"/> Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiete Módulo <input type="checkbox"/> No mencionado ⇒ Continúe con UN13 | | |
| UN13. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? | Hace días..... 1 __ __ Hace semanas 2 __ __ Hace meses 3 __ __ Hace años 4 __ __ En la menopausia/Se le ha realizado histerectomía..... 994 Antes del último nacimiento..... 995 Nunca menstruó..... 996 | |

| ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA | | DV |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>DV1. A VECES, UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:</p> <p>[A] SI ELLA SALE SIN AVISARLE?</p> <p>[B] SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS?</p> <p>[C] SI ELLA DISCUTE CON ÉL?</p> <p>[D] SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?</p> <p>[E] SI ELLA QUEMA LA COMIDA?</p> | <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Sale sin avisarle.....1 2 8</p> <p>Descuida a los niños1 2 8</p> <p>Discute con él1 2 8</p> <p>Se niega a tener relaciones sexuales.....12 8</p> <p>Quema la comida.....1 2 8</p> | |
| <p>DV2. DE IGUAL FORMA, A VECES, UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO CUANDO SE MOLESTA O SE ENOJA CON SU ESPOSA NOVIA O COMPAÑERA, MALTRATA O GOLPEA A SUS HIJOS/AS O A LOS NIÑOS/AS QUE HAYA EN LA CASA.</p> <p>EN SU OPINIÓN, ¿ESTÁ JUSTIFICADO QUE UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO GOLPEE O MALTRATE A SUS HIJOS/AS O A LOS NIÑOS/AS QUE HAYA EN LA CASA EN ESTA SITUACIÓN?</p> | <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p> | |

| MATRIMONIO/UNIÓN | | MA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <p>MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN LIBRE?</p> | <p>Sí, actualmente casada 1</p> <p>Sí, actualmente en unión libre 2</p> <p>No..... 3</p> | 3⇒MA5 |
| <p>MA2. ¿CUÁNTO AÑOS CUMPLIDOS TIENE SU PAREJA?</p> <p>INDAGUE: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/ PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> | <p>Edad en años.....__ __</p> <p>No sabe.....98</p> | ⇒MA7 98⇒MA7 |
| <p>MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O EN UNIÓN LIBRE?</p> | <p>Sí, casada en el pasado 1</p> <p>Sí, en unión libre en el pasado 2</p> <p>No 3</p> | 3⇒Siguiente Módulo |
| <p>MA6. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?</p> | <p>Viuda 1</p> <p>Divorciada..... 2</p> <p>Separada..... 3</p> | |
| <p>MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O EN UNIÓN LIBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?</p> | <p>Sólo una vez 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p> | |
| <p>MA8. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O SE UNIÓ USTED POR PRIMERA VEZ?</p> | <p>Fecha de primer matrimonio o unión</p> <p>Mes__ __</p> <p>No sabe en qué mes98</p> <p>Año__ __ __ __</p> <p>No sabe en qué año 9998</p> | 9998⇒Siguiente módulo |
| <p>MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMER ESPOSO/ PAREJA?</p> | <p>Edad en años.....__ __</p> | |

| COMPORTAMIENTO SEXUAL | | SB |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Verifique que no hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay privacidad. | | |
| <p>SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRESIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA.</p> <p>RECUERDE QUE LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDA SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?</p> | <p>Nunca ha tenido relaciones sexuales.....00</p> <p>Edad en años..... _ _</p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja.....95</p> | 00⇒Siguiente módulo |
| <p>SB2. ¿SE UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe/No recuerda..... 8</p> | |
| <p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Anote la respuesta en "años" sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años.</i></p> <p><i>Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.</i></p> | <p>Hace días 1 _ _</p> <p>Hace semanas..... 2 _ _</p> <p>Hace meses..... 3 _ _</p> <p>Hace años 4 _ _</p> | 4⇒SB15 |
| <p>SB4. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> | |
| <p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON LA PERSONA CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es el "novio", pregunte:</i></p> <p><i>¿VIVÍAN JUNTOS EN UNIÓN, ES DECIR COMO ESTUVIERAN CASADOS?</i></p> <p><i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i></p> <p><i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i></p> | <p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro (especifique) 6</p> | <p>3⇒SB7</p> <p>4⇒SB7</p> <p>6⇒SB7</p> |
| <p>SB6. Verifique MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇒ Pase a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/No en una unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7</p> | | |
| <p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i></p> <p><i>¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i></p> | <p>Edad del compañero sexual _ _</p> <p>No sabe.....98</p> | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Sí. 1 No 2 | 2⇒SB15 |
| SB9. ¿SE UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA? | Sí. 1 No 2 | |
| SB10. ¿CUÁL ERA SU RELACIÓN CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i> <i>Si es el "novio" preguntar:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i> | Esposo 1 Compañero conviviente 2 Novio 3 Compañero casual 4 Otro (especifique) 6 | 3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12 |
| SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Pase a SB13 <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Continúe con SB12 | | |
| SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? | Edad del compañero sexual __ __ No sabe 98 | |
| SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Sí. 1 No 2 | 2⇒SB15 |
| SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | Cantidad de personas __ __ | |
| SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es mayor a 95, anote "95".</i> | Numero de personas en toda su vida __ __ No sabe 98 | |

| MÓDULO DE VIH/SIDA | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA? | Sí. 1 No..... No sabe..... | 2⇒WM11 |
| HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DEL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA3A ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR COMPARTIR EL MISMO INODORO? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA? | Sí. 1 No..... No sabe..... | |
| HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] DURANTE EL EMBARAZO? [B] DURANTE EL PARTO? [C] MIENTRAS ESTÁ DANDO DE MAMAR? | Sí No Durante el embarazo..... 1 2 Durante el parto..... 1 2 Dando de mamar 1 2 | |
| HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA O MAESTRO TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE DANDO CLASES? | Sí. 1 No..... No sabe/No está segura/Depende..... | |

| HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN PULPERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA? | Sí. 1 No.....1 No sabe/No está segura/Depende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|----|---------|------------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-------------------------------|---|---|--|-------------------------------|---|---|--|--|
| HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO? | Sí1 No.....1 No sabe/No está segura/Depende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA? | Sí. 1 No.....1 No sabe/No está segura/Depende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA13. Verifique CM13: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA14. Verifique MN1: Recibió chequeo prenatal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA15. ¿DURANTE ALGUNAS DE LAS CITAS DE CONTROL PRENATAL DURANTE SU EMBARAZO CON (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hacerse prueba del SIDA.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Si | No | No sabe | SIDA de la madre.....1 | 2 | 8 | | Cosas que hacer.....1 | 2 | 8 | | Hacerse prueba del SIDA.....1 | 2 | 8 | | Se le ofreció una prueba....1 | 2 | 8 | | |
| | Si | No | No sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIDA de la madre.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cosas que hacer.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hacerse prueba del SIDA.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se le ofreció una prueba....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES? | Sí1 No1 No sabe.....1 | 2⇒HA19 8⇒HA19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí. 1 No1 No sabe.....1 | 2⇒HA22 8⇒HA22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA? | Sí. 1 No1 No sabe.....1 | 1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B, C o I)? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud ⇒ Vaya a HA24 | | |
| HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y EL MOMENTO DEL PARTO? | Sí1 No | 2⇒HA24 |
| HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí1 No | |
| HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO? | Sí1 No | 1⇒HA25 |
| HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA? | Hace menos de 12 meses 12-23 meses atrás Hace dos o más años | 1⇒WM11 2⇒ WM11 3⇒ WM11 |
| HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA? | Sí. 1 No | 2⇒HA27 |
| HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA? | Hace menos de 12 meses 12-23 meses atrás Hace dos o más años | |
| HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA? | Sí. 1 No No sabe..... | 1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11 |
| HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA? | Sí1 No | |

| | | |
|----------------------|---------------------------|--|
| WM11. Anote la hora. | Hora y minutos : .. | |
|----------------------|---------------------------|--|

WM12. Verifique el Formulario del Listado de Hogares, columna HL9.
¿Es la entrevistada la madre o la encargada de (algún niño/alguna niña) de 0 a 4 años que vive en este hogar?

Sí ⇒ Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para (ese niño/esa niña) y empiece la encuesta con la entrevistada.

No ⇒ Finalice la encuesta con esta entrevistada agradeciéndole por su cooperación. Verifique la presencia de alguna otra mujer elegible o niño(a) menor de cinco años en el hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS

Costa Rica

| PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS | | UF |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|
| Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o personas encargadas (ver columna HL9 del Listado del Hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del Listado del Hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible. | | |
| UF1. Número de segmento: _____ | UF2. Número de hogar: _____ | |
| UF3. Nombre del niño/niña: Nombre _____ | UF4. Número de línea del niño/niña : _____ | |
| UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____ | UF6. Número de línea de la madre/persona encargada: _____ | |
| UF7. Nombre y número del entrevistadora: Nombre _____ | UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / _____ | |

Repita el saludo si no lo ha hecho antes al entrevistado:

Si a esta mujer ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea lo siguiente:

SOMOS DE (***afiliación específica del país***). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (***cantidad***) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y LAS RESPUESTAS QUE NOS PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (***nombre del niño/niña de UF3***) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (***cantidad***) MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y LAS RESPUESTAS QUE NOS PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PODEMOS COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.*
- No, no se concede permiso ⇒ Complete UF9. Discuta el resultado con su supervisor*

| | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 5 años | Completada..... 01 |
| Los códigos se refieren a la madre/persona encargada. | Ausente..... 02 |
| | Rechazo 03 |
| | Incompleta 04 |
| | Incapacitada 05 |
| | Otro (<i>especifique</i>)..... 96 |
| | |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| UF10. Editado en campo por (Nombre y número): Nombre _____ | UF11. Digitado por (nombre y número): Nombre _____ |
| UF12. <i>Anote la hora.</i> | Hora y minutos..... : _ |

| EDAD | | AG |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también registre el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</p> <p>Debe anotar el mes y el año.</p> | <p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día _ _</p> <p>No sabe día.....98</p> <p>Mes _ _</p> <p>Año _ _ _ _</p> | |
| <p>AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p>Anote la edad en años completos.</p> <p>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</p> <p>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</p> | <p>Edad (en años completos) _</p> | |

| REGISTRO DEL NACIMIENTO | | BR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| BR0. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) EN COSTA RICA? | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> | |
| BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO O CARNÉ DE DESARROLLO INTEGRAL O LIBRO AZUL DE (<i>nombre</i>)? | <p>Sí, visto 1</p> <p>Sí, no visto..... 2</p> <p>No 3</p> <p>No sabe..... 8</p> | <p>1⇒Siguiete módulo</p> <p>2⇒Siguiete módulo</p> |
| BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL? | <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p> | 1⇒Siguiete módulo |
| BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A? | <p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> | |
| BR4. ¿POR QUÉ NO ESTÁ REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)? | <p>Es muy caro..... 1</p> <p>Queda muy lejos..... 2</p> <p>No sabía que debía registrarlo..... 3</p> <p>No sabe dónde hay que registrarlo..... 4</p> <p>Otras (detallar)..... 5</p> <p>NS..... 8</p> | |

| DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL | | EC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p>EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Ninguno..... 00</p> <p>Número de libros de niños 0 _</p> <p>Diez o más libros 10</p> | |
| <p>EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.</p> <p>¿JUEGA CON:</p> <p>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, CARROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO CUCCHARAS O OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS O CONCHAS)?</p> <p>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño.</p> | <p>Sí No NS</p> <p>Juguetes caseros.....1 2 8</p> <p>Juguetes de tienda.....1 2 8</p> <p>Objetos del hogar u objetos del exterior1 2 8</p> | |
| <p>EC3. A VECES LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DIAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO(A), ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>Si la respuesta es ‘ningún día’ escriba ‘0’. Si la respuesta es ‘no sé’ escriba ‘8’</p> | <p>Número de días que lo dejó solo durante más de una hora..... _</p> <p>Número de días que lo dejó a cargo de otro niño durante más de una hora..... _</p> | |
| <p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 ó 2 años ⇒ Pase al módulo siguiente</p> | | |
| <p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRI-VADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDIN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | <p>2⇒EC7</p> <p>8⇒EC7</p> |
| <p>EC6. EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, ¿CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Número de horas _ _</p> | |

| <p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>):</p> <p><i>Si "SI", pregunte:</i> ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que aplican.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O VIÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[C] CANTARLE CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTAR CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGÚN RECINTO, PATIO U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[F] DECIRLE EL NOMBRE DE COSAS, CONTAR O DIBUJAR COSAS A O CON (<i>nombre</i>)</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nombró/Contó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table> | | Madre | Padre | Otro | Nadie | Leyó libros | A | B | X | Y | Contó cuentos | A | B | X | Y | Cantaron canciones | A | B | X | Y | Lo llevó fuera | A | B | X | Y | Jugó | A | B | X | Y | Nombró/Contó | A | B | X | Y | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|--|
| | Madre | Padre | Otro | Nadie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leyó libros | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contó cuentos | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cantaron canciones | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lo llevó fuera | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jugó | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombró/Contó | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE SU NIÑO/A. LOS NIÑOS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE SU NIÑO/A.</p> <p>¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O DECIR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, POPULARES?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO USANDO LOS DEDOS?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC12. ¿SE SIENTE (<i>nombre</i>) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) OBEDECER INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No..... 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | No sabe 8 | |
| EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO(A)? | Sí. 1 No..... 2 No sabe 8 | |
| EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS? | Sí. 1 No..... 2 No sabe 8 | |
| EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS? | Sí. 1 No..... 2 No sabe 8 | |
| EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE? | Sí. 1 No..... 2 No sabe 8 | |

| LACTANCIA | | BF |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| BF1. ¿HA SIDO AMAMANTADO (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒BF3 8⇒BF3 |
| BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF3. QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (<i>nombre</i>) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (<i>nombre</i>) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) AGUA SOLA (SIN ADITIVOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF4. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒BF6 8⇒BF6 |
| BF5. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS? | Número de veces _ _ | |
| BF6. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒BF8 8⇒BF8 |
| BF7. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ (<i>nombre</i>) LECHE ENVASADA, EN POLVO O FRESCA? | Número de veces _ _ | |
| BF8. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) JUGO O ALGÚN FRESCO AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF9. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) SOPA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF10. ¿TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|
| BF11. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF12. ¿TOMÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN OTRO LÍQUIDO AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF13. ¿TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒BF15 8⇒BF15 |
| BF14. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ O COMIÓ (<i>nombre</i>) YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Número de veces _ _ | |
| BF15. ¿COMIÓ (NOMBRE) CEREALES DE AVENA AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |
| BF16. ¿COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒BF18 8⇒BF18 |
| BF17. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? | Número de veces _ _ | |
| BF18. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (<i>nombre</i>) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | |

| CUIDADO DE ENFERMEDADES | | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|-----------------------------------------------------------|---|---|--|-----------------------------|---|---|--|------------------------------|---|---|--|--------------------------------|---|---|--|--|
| CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒CA7 8⇒CA7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (<i>nombre</i>) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIÓ MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió menos, indague:</i> ¿LE DIÓ MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS? | Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 No se le dio nada para tomar..... 5 No sabe..... 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIÓ MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿MUCHOS MENOS O UN POCO MENOS? | Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 Suspendió la comida 5 Nunca se le dio de comer 6 No sabe..... 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS: Lea cada punto en voz alta y registre la respuesta antes de pasar al siguiente punto. | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO (<i>nombre local de los paquetes SRO</i>)?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[B] ALGÚN FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO PARA DIARREA?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[C] ¿<i>Agua de pipa</i>?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[D] ¿<i>Agua de arroz</i>?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[E] ¿<i>Agua de almidón</i>?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Sí | No | NS | [A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO (<i>nombre local de los paquetes SRO</i>)? | 2 | 8 | | [B] ALGÚN FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO PARA DIARREA? | 2 | 8 | | [C] ¿ <i>Agua de pipa</i> ? | 2 | 8 | | [D] ¿ <i>Agua de arroz</i> ? | 2 | 8 | | [E] ¿ <i>Agua de almidón</i> ? | 2 | 8 | | |
| | Sí | No | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO (<i>nombre local de los paquetes SRO</i>)? | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [B] ALGÚN FLUIDO DE SRO PRE-ENVASADO PARA DIARREA? | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [C] ¿ <i>Agua de pipa</i> ? | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [D] ¿ <i>Agua de arroz</i> ? | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [E] ¿ <i>Agua de almidón</i> ? | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒CA7 8⇒CA7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la(s) marca(s) de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</p> | <p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antidiarreico B</p> <p>Zinc C</p> <p>Otros (no antibióticos, antidiarreico o zinc) G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H</p> <p>Inyección</p> <p>Antibiótica L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) X</p> | |
| <p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p> | <p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p> |
| <p>CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p> | <p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p> |
| <p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TRANCADA O QUE MOQUEA?</p> | <p>Problema en el pecho solamente..... 1</p> <p>Nariz trancada 2</p> <p>Ambos..... 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) 6</p> <p>No sabe..... 8</p> | <p>2⇒CA14</p> <p>6⇒CA14</p> |
| <p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE ALGUNA FUENTE?</p> | <p>Sí. 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p> | <p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p> |
| <p>CA11. ¿DE DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p> | <p>Sector público</p> <p>Hospital de la CCSS..... A</p> <p>Clínica de salud de la CCSS B</p> <p>Sede del EBAIS..... C</p> <p>Unidad móvil E</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada I</p> <p>Médico privado J</p> <p>Farmacia privada K</p> <p>Clínica móvil L</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo..... P</p> <p>Pulpería o supermercado Q</p> <p>Profesional tradicional R</p> | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| _____ | Otro (<i>especifique</i>) _____ X | |
| (Nombre del lugar) | | |
| CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (<i>nombre</i>) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD? | Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 | 2⇒CA14 8⇒CA14 |
| CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? Circle todos los medicamentos que se le administraron. Anote la(s) marca(s) de todos los medicamentos que se mencionen. _____ | Antibiótico Pastilla/Jarabe..... A Inyección..... B Antimaláricos M Panadol / Acetaminofen /Paracetamol / P Aspirina Q Ibuprofeno..... R Otros (<i>especifique</i>) _____ X No sabe..... Z | |
| (Nombre) | | |
| CA13A ¿LE DIO EL MEDICAMENTO DE LA MANERA QUE SE LE INDICO? | Sí. 1 No 2 | |
| CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño/a menor de 3 años? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA15 <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase al siguiente módulo | | |
| CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) HIZO UNA DEPOSICIÓN, ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN (POPO)? | El niño usó el inodoro / letrina01 Lo puso / descartó al inodoro o letrina02 Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca03 Se tiró a la basura (residuo sólido).....04 Se enterró05 Se dejó al aire libre06 Otro (<i>especifique</i>) _____96 No sabe.....98 | |

INMUNIZACIÓN
IM

Si está disponible un carné de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17 son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si no está disponible la tarjeta de inmunización.

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|--|-----|--|--|--|--|
| IM1. ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (<i>nombre</i>)? (<i>Si la respuesta es "sí", pregunte</i>) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR? | Sí, visto 1 Sí, no visto 2 No hay carné 3 | 1⇒IM3 2⇒IM6 | | | | | | |
| IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGÚN CARNÉ DE INMUNIZACIÓN DE (<i>nombre</i>)? | Sí. 1 No 2 | 1⇒IM6 2⇒IM6 | | | | | | |
| <p>IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna del carné. (b) Anote '44' en la columna "día" si el carné muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha. (c) Las vacunas aplicadas en el sector privado pueden aparecer con el nombre comercial, consulte hoja anexa si se presenta esta situación</p> | | | | | | | | |
| | Fecha de inmunización | | | | | | | |
| | Día | Mes | | Año | | | | |
| BCG/TUBERCULOSIS | BCG | | | | | | | |
| POLIO 1 | VOP1/VIP1 | | | | | | | |
| POLIO 2 | VOP2/VIP2 | | | | | | | |
| POLIO 3 | VOP3/VIP3 | | | | | | | |
| POLIO I REFUERZO | VOP IR/ VIP IR | | | | | | | |
| DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 1 | DPT1 | | | | | | | |
| DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 2 | DPT2 | | | | | | | |
| DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO 3 | DPT3 | | | | | | | |
| DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO I REFUERZO | DPT1R | | | | | | | |
| DIFTERIA/TOSFERINA/TÉTANO II REFUERZO | DPT2R | | | | | | | |
| HEPATITIS B | VHB1 | | | | | | | |
| HEPATITIS B | VHB2 | | | | | | | |
| HEPATITIS B | VHB3 | | | | | | | |
| SARAMPIÓN /RUBEOLA/PAPERAS 1 | SPR1 | | | | | | | |
| SARAMPIÓN /RUBEOLA/PAPERAS 2 | SPR2 | | | | | | | |
| NEUMOCOCO 1 | VN1 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NEUMOCOCO 2 | VN2 | | | | | | | | |
| NEUMOCOCO 3 | VN3 | | | | | | | | |
| NEUMOCOCO I REFUERZO | VN1R | | | | | | | | |
| VARICELA | VV | | | | | | | | |
| MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B | VHib1 | | | | | | | | |
| MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B | VHib2 | | | | | | | | |
| MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B | VHib3 | | | | | | | | |
| MENINGITIS POR HEMOPHILUS INFLUENZA B | VHib4 | | | | | | | | |
| ROTAVIRUS 1 | VR1 | | | | | | | | |
| ROTAVIRUS 2 | VR2 | | | | | | | | |
| INFLUENZA ESTACIONAL | VIE | | | | | | | | |
| <p>IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Influenza Estacional) anotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con UF13</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con IM5</p> | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTE CARNÉ, ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE INMUNIZACIÓN?</p> <p>Anote 'Sí' únicamente si la persona entrevistada menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba.</p> | <p>Sí1 (Indague sobre las vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada.</p> <p>No 2 No sabe..... 8</p> | <p>2⇒UF13 8⇒UF13</p> |
| <p>IM7. ¿ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | |
| <p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE INMUNIZACIÓN?</p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | <p>2⇒UF13 8⇒UF13</p> |
| <p>IM8. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA ORAL DE POLIO, ES DECIR UNA VACUNA EN GOTAS QUE LE DAN A TOMAR AL NIÑO PARA PROTEGERLO CONTRA EL POLIO</p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | <p>2⇒IM11 8⇒IM11</p> |
| <p>IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL POLIO?</p> | <p>Cantidad de veces..... _</p> | |
| <p>IM11. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) INYECCIONES DE LA VACUNA DPT – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA O LA DIFTERIA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica el mismo momento que la Polio</i></p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | <p>2⇒IM13 8⇒IM13</p> |
| <p>IM12. ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA DPT A (<i>nombre</i>)?</p> | <p>Número de veces _</p> | |
| <p>IM13. ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA INYECCIÓN DE HEPATITIS B – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.</i></p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | <p>2⇒IM16 8⇒IM16</p> |
| <p>IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?</p> | <p>Dentro de las 24 horas 1 Más tarde 2</p> | |
| <p>IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?</p> | <p>Número de veces _</p> | |
| <p>IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN O SPR – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 15 MESES DE EDAD O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?</p> | <p>Sí. 1 No 2 No sabe..... 8</p> | |



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL SARAMPIÓN O SPR? | Número de veces _ | |
| IM16B. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO? | Sí. 1 No 2 NS 8 | |
| IM16C. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL NEUMOCOCO? | Número de veces _ | |
| IM16D. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA VARICELA? | Sí. 1 No 2 NS 8 | |
| IM16E. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS? | Sí. 1 No 2 NS 8 | 2⇒IM16G 8⇒IM16G |
| IM16F. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA LA MENINGITIS? | Número de veces _ | |
| IM16G. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS? | Sí. 1 No 2 NS 8 | 2⇒IM16I 8⇒IM16I |
| IM16H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA CONTRA EL ROTAVIRUS? | Número de veces _ | |
| IM16I. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL? | Sí. 1 No 2 NS 8 | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| UF13. <i>Anote la hora.</i> | Hora y minutos : .. | |
| <p>UF14. <i>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño(a) de 0 a 4 años que viva en esta casa?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ <i>Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada</i></p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ <i>Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación.</i></p> <p><i>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) Menores de 5 Años que deba realizarse en este hogar.</i></p> <p><i>Vaya a otro Cuestionario de Mujer o de Niños(as) menores de 5 años.</i></p> | | |

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor