

APENDICE V
LOS CUESTIONARIOS

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD - 1989
CUESTIONARIO DEL HOGAR

IDENTIFICACION

PAQUETE			VIVIENDA		HOGAR	

A: UBICACION GEOGRAFICA

1. DEPARTAMENTO.....	<input type="checkbox"/>	7. ZONA N°	<input type="checkbox"/>
2. AREA URBANA=1; RURAL=2.....	<input type="checkbox"/>	8. SECTOR N°	<input type="checkbox"/>
3. CIUDAD O LOCALIDAD.....		9. SECTOR N°	<input type="checkbox"/>
4. PROVINCIA.....	<input type="checkbox"/>	10. VIVIENDA N°	<input type="checkbox"/>
5. CANTON.....	<input type="checkbox"/>	11. HOGAR N°	<input type="checkbox"/>
(SOLAMENTE PARA CIUDADES DE 10.000 +)			
6. MANZANO/Z. ESTADISTICA	<input type="checkbox"/>		

12.- DIRECCION DE LA VIVIENDA

CALLE.....N°PISO N°

DEPARTAMENTO N°CAMINO O CARRETERA.....

B: RESULTADOS DE LAS VISITAS

VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.
FECHA				
RESULTADO				
CODIGO DE LA ENTREVISTADORA				
HORA				

Códigos de Resultados:

- 1 Entrevista completa
- 2 No hay adultos presentes
- 3 Hogar ausente
- 4 Entrevista postergada
- 5 Vivienda vacante o la dirección no es vivienda
- 6 Vivienda destruida
- 7 Vivienda no encontrada
- 8 Rechazo
- 9 Otro

C: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

<p>1 ¿Cuál es la fuente de abastecimiento principal de agua para beber que utilizan los miembros de este hogar?</p> <p>RED PUBLICA (ACUEDUCTO).....01 ACUEDUCTO VEREDAL O PRIVADO.....02 PILA PUBLICA.....04 POZO O ALJIBE.....05 RIO, ACEQUIA O MANANTIAL.....06 CAMION O TANQUE AGUATERO.....07 AGUA DE LLUVIA.....08 OTRA (ESPECIFIQUE).....09</p>	<p>2 ¿Cuál es la fuente de abastecimiento principal de agua para otros usos que utilizan los miembros de este hogar?</p> <p>RED PUBLICA (ACUEDUCTO).....01 ACUEDUCTO VEREDAL O PRIVADO.....02 PILA PUBLICA.....04 POZO O ALJIBE.....05 RIO, ACEQUIA O MANANTIAL.....06 CAMION O TANQUE AGUATERO.....07 AGUA DE LLUVIA.....08 OTRA (ESPECIFIQUE).....09</p>																		
<p>3 ¿Con que clase de servicio sanitario cuenta esta vivienda?</p> <p>INODORO CONECTADO AL ALCANTARILLADO....1 INODORO CONECTADO A POZO SEPTICO.....2 LETRINA, POZO NEGRO, HOYO.....3 OTRO (ESPECIFIQUE).....4</p>	<p>4 ¿Algún miembro de su familia tiene:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CASA O DEPARTAMENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TRACTOR*.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Esta pregunta se formula solamente a las que residen en el sector rural.</p>		SI	NO	BICICLETA.....	1	2	MOTOCICLETA.....	1	2	CARRO.....	1	2	CASA O DEPARTAMENTO.....	1	2	TRACTOR*.....	1	2
	SI	NO																	
BICICLETA.....	1	2																	
MOTOCICLETA.....	1	2																	
CARRO.....	1	2																	
CASA O DEPARTAMENTO.....	1	2																	
TRACTOR*.....	1	2																	

QUESTIONARIO DE HOGAR

Ahora quisiera alguna información sobre las personas que normalmente viven en su casa o que durmieron anoche aquí.

(1)	NOMBRE DE RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES (2)	RESIDENCIA		SEXO		EDAD		ELEGIBLE (7)
		¿Vive (HOMBRE) normalmente aquí? SI NO (3)	¿Durmíó (HOMBRE) aquí anoche? SI NO (4)	¿Es (HOMBRE) hombre o mujer? VARON O MUJER (5)	¿Qué edad tiene el/ella? (6)			
01		1 2	1 2	1 2				01
02		1 2	1 2	1 2				02
03		1 2	1 2	1 2				03
04		1 2	1 2	1 2				04
05		1 2	1 2	1 2				05
06		1 2	1 2	1 2				06
07		1 2	1 2	1 2				07
08		1 2	1 2	1 2				08
09		1 2	1 2	1 2				09
10		1 2	1 2	1 2				10
11		1 2	1 2	1 2				11
12		1 2	1 2	1 2				12
13		1 2	1 2	1 2				13
14		1 2	1 2	1 2				14
15		1 2	1 2	1 2				15
16		1 2	1 2	1 2				16
17		1 2	1 2	1 2				17
18		1 2	1 2	1 2				18
19		1 2	1 2	1 2				19
20		1 2	1 2	1 2				20
21		1 2	1 2	1 2				21
22		1 2	1 2	1 2				22
23		1 2	1 2	1 2				23

1. Hay algunas personas como niños pequeños o recién nacidos que no hayan sido mencionados?

SI (ANOTARLAS EN EL CUADRO) NO

TOTAL DE PERSONAS

TOTAL ELEGIBLES

2. Hay otras personas que no sean miembros de su familia como trabajadoras domésticas, personas alojadas o amigos que normalmente viven aquí?

SI (ANOTARLAS EN EL CUADRO) NO

NUMERO DE NIÑOS DE 5 AÑOS Y MENOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR.

TOTAL ENTREVISTADAS.

3. Tiene huéspedes o visitantes que estén alojados aquí?

SI (ANOTARLAS EN EL CUADRO) NO

SI SE USO HOJA ADICIONAL MARQUE CON UNA X.

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD - 1989
CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION

<input type="text"/>							
PAQUETE		VIVIENDA		HOGAR	MUJER		

A: UBICACION GEOGRAFICA

1. DEPARTAMENTO.....	<input type="text"/>	7. ZONA Nº	<input type="text"/>
2. AREA URBANA=1; RURAL=2.....	<input type="text"/>	8. SECTOR Nº	<input type="text"/>
3. CIUDAD O LOCALIDAD.....	<input type="text"/>	9. SECTOR Nº	<input type="text"/>
4. PROVINCIA.....	<input type="text"/>	10. VIVIENDA Nº	<input type="text"/>
5. CANTON.....	<input type="text"/>	11. HOGAR Nº	<input type="text"/>
(SOLAMENTE PARA CIUDADES DE 10.000 +)			
6. MANZANO/Z. ESTADISTICA	<input type="text"/>		
12.- DIRECCION DE LA VIVIENDA			
CALLE.....		Nº	PISO Nº
DEPARTAMENTO Nº		CAMINO O CARRETERA.....	
13.- NOMBRE DE LA MUJER.....			
14.- NUMERO DE LINEA DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR			<input type="text"/>

B: RESULTADOS DE LAS VISITAS

VISITA FINAL

VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.	NUMERO DE VISITA		
FECHA					DIA	<input type="text"/>	
CODIGO DE ENTREVIST.					MES	<input type="text"/>	
RESULTADO					CODIGO DE LA ENTREVISTADORA	<input type="text"/>	
PROXIMA VISITA	FECHA:	<input type="text"/>				RESULTADO	<input type="text"/>
	HORA:	<input type="text"/>				IDIOMA DE LA ENTREVISTA	<input type="text"/>

CODIGOS DE IDIOMA: ESPAÑOL=1; QUECHUA=2; AYMARA=3; OTRO=4

CODIGO DE RESULTADOS:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1 COMPLETA | 4 RECHAZO |
| 2 MUJER AUSENTE | 5 PARCIALMENTE COMPLETA |
| 3 POSTERGADA | 6 OTRO |

C: CONTROL DE OFICINA

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
CODIGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCION 1: ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

Para empezar me gustaría hacerle unas preguntas generales acerca de Ud. misma

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
101	REGISTRE LA HORA EXACTA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de esta familia o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma hablan sobre todo a las horas de comida?	ESPAÑOL..... 1 AYMARA..... 2 QUECHUA..... 3 GUARANI..... 4 OTRO _____ 5 (ESPECIFIQUE)	104
103	¿Puede hablar y entender español?	SI..... 1 NO..... 2	
104	Antes de que Ud. cumpliera 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? ¿En el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO 1 PUEBLO..... 2 CIUDAD..... 3	
105	¿Cuánto tiempo esta viviendo aquí en (NOMBRE DEL LUGAR DE LA ENTREVISTA)? PARA EL NOMBRE DEL LUGAR VER PUNTO 3 DE UBICACION GEOGRAFICA.	SIEMPRE..... 96 NO SIEMPRE..... 94 AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> VISITANTE..... 95	107 106A
106	Antes de llegar a vivir aquí, a (NOMBRE DEL LUGAR) ¿dónde vivió Ud.? ¿en el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO..... 1 PUEBLO 2 CIUDAD..... 3	107
106A	¿Habitualmente dónde vive Ud.? SI VIVE EN EL EXTRANJERO, ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS EN LA LINEA DEL DEPARTAMENTO.	_____ LOCALIDAD <input type="text"/> <input type="text"/> _____ PROVINCIA <input type="text"/> <input type="text"/> _____ DEPARTAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
108	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 107 CON 108, SI HAY IN- CONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI LA ENTREVISTADA NO SABE LA FECHA DE NACIMIENTO NI SU EDAD INDAGUE Y AYUDELA A ESTIMAR SU EDAD, LUEGO ANOTE LA EN EL SE- GUNDO RECUADRO.</p> </div>	<p>AÑOS CUMPLIDOS..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AÑOS CUMPLIDOS..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (ESTIMADOS)</p>	
109	¿Alguna vez Ud. fué a la escuela o colegio?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 113</p>	
110	¿Cuál es el último año de estudios que Ud. aprobó?	<p>PRIMARIA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>SECUNDARIA..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>SUPERIOR..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">→ 114</p>	
113	¿Puede, Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede leerlo?	<p>CON FACILIDAD.....1</p> <p>CON DIFICULTAD.....2</p> <p>NO PUEDE HACERLO.....3 → 115</p>	
114	¿Lee Ud. un periódico por lo menos una vez a la semana?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	
115	¿Generalmente ve Ud. televisión todos los días?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	
116	¿Generalmente escucha Ud. radio todos los días?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	

SECCION 2: REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.								
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. ha dado a luz. Fíjese que no me refiero a hijos criados o adoptados por Ud. ¿Ha tenido alguna hija o hijo que ha nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 → 206									
202	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2 → 204									
203	¿Cuántos hijos varones viven con Ud.? ¿Cuántas hijas mujeres viven con Ud.?	HIJOS EN CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS EN CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2 → 206									
205	¿Cuántos hijos varones no viven con Ud.? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.?	HIJOS FUERA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS FUERA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? INDAGUE: ¿Algún (otro) hijo o hija que nació vivo pero que sólo vivió algunos minutos, horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208									
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas mujeres han muerto?	HIJOS MUERTOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS MUERTAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (SI "00" PASE A 209A)									
209	SI DECLARA QUE TUVO ALGUN HIJO NACIDO VIVO Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Ud. ha tenido en total _____ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto? SI 1 <input type="checkbox"/> → (PASE A 210) NO 2 <input type="checkbox"/> (INDAGUE Y CORRIJA DEL 201 AL 208)										
209A	SI NO DECLARA NINGUN HIJO NACIDO VIVO Ud. no ha tenido ningún hijo que haya nacido vivo. ¿Es correcto? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> (INDAGUE Y CORRIJA DEL 201 AL 208)										
210	MARQUE LA CASILLA APROPIADA: UNO O MAS NACIDOS VIVOS 1 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO 2 <input type="checkbox"/> → (PASE A 221)										
210A	Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo. (ANOTE EN 211 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y LUEGO PREGUNTE 212 A 217 SEGUN CORRESPONDA)										

211 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE WELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	212 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	213 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	214 (NOMBRE) ¿está vivo?	215 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	216 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	217 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) está viviendo con Ud.?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
0 1	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 2	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 3	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 4	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 5	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 6	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 7	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 8	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
0 9	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2
1 0	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... AÑO...	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 (PASE A LA SIGTE. FILA)	EDAD	SI.....1 NO.....2

211 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE NOMBRES EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	212 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	213 ¿En que mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	214 ¿(NOMBRE) está vivo?	215 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	216 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	217 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) está vi-viendo con Ud.?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1 1	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE. FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 2	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE. FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 3	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 4	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE. FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 5	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 6	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 7	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE. FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
1 8	HOMBRE.....1 MUJER.....2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI..... 1 (PASE A 216) NO..... 2	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A LA SGTE FILA)	<input type="text"/> EDAD	SI.....1 NO.....2
218 COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: NUMERO ES EL MISMO 1 <input type="checkbox"/> NUMERO ES DIFERENTE 2 <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA LAS INCONSISTENCIAS; LUEGO PROSIGA CON LA 219)						
219 A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:						
A) PARA CADA HIJO NACIDO VIVO LOS DATOS DE LAS COLUMNAS 1 A 4 HAN SIDO REGISTRADOS						<input type="checkbox"/>
B) PARA CADA HIJO FALLECIDO LOS DATOS DE LA COLUMNA 5 HAN SIDO REGISTRADOS, Y LAS COLUMNAS 6 Y 7 HAN QUEDADO EN BLANCO.						<input type="checkbox"/>
C) PARA CADA HIJO SOBREVIVIENTE LOS DATOS DE LA COLUMNA 6 Y 7 HAN SIDO REGISTRADOS, Y LA COLUMNA 5 HA QUEDADO EN BLANCO.						<input type="checkbox"/>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
220	¿A su (último) hijo lo tuvo por parto natural?	SI..... 1 NO..... 2	→ 221
220A	¿El parto de ese (último) hijo fué por cesárea? INDAGUE: ¿El parto de ese (último) hijo fué por una operación del vientre?	SI..... 1 NO..... 2	
221	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 226
222	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
223	¿Durante este embarazo le han puesto a Ud. alguna inyección para evitar que el niño tenga tétanos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 224
223A	¿Cuántas inyecciones contra el tétanos le pusieron?	NUMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
223B	¿A dónde fué a que le pusieran la última inyección contra el tétanos?	HOSPITAL PUBLICO..... 01 CENTRO DE SALUD..... 02 PUESTO DE SALUD/ POSTA SANITARIA..... 03 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 04 CLINICA/ HOSPITAL PRIVADO..... 05 CAJA NACIONAL DE SALUD/OTRAS CAJAS..... 06 FARMACIA..... 07 ESCUELA..... 12 CAMPAÑA DE VACUNACION..... 13 OTRO LUGAR _____ 17 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
224	¿Fué a consultar a alguien para controlar su embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 227

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.												
225	¿A quién consultó? SI CONSULTO A MAS DE UNA PERSONA ANOTE A LA MAS CALIFICADA.	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO..... 3 REPRESENTANTE POPULAR DE SALUD (RPS)..... 4 COMADRONA /MATRONA/ PARTERA..... 6 FAMILIAR..... 7 OTRO _____ 8 (ESPECIFIQUE)	→ 227												
226	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación (regla, mes, sangrado)?	HACE: DIAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> YA NO MENSTRUA..... 994 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 995 NUNCA MENSTRUO..... 996 NO RECUERDA..... 998													
227	¿En cuáles días entre una menstruación y otra cree usted que la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada?	DURANTE LA REGLA..... 1 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA.. 3 INMEDIATAMENTE ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA.... 4 INMEDIATAMENTE ANTES E INMEDIATAMENTE DESPUES ..5 EN CUALQUIER MOMENTO..... 6 OTRO _____ 7 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8													
228	REGISTRE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.... 1 MARIDO/COMPAÑERO..... 1 HOMBRES ADULTOS..... 1 OTRAS MUJERES ADULTAS..... 1 OTROS..... 1	SI NO 2 2 2 2 2 2 2 2												

SECCION 3: ANTICONCEPTIVOS

301. Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha escuchado hablar?
INDAGUE: ¿Algún otro?

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.
PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.
LUEGO PREGUNTE DE 303 A 304 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

M E T O D O	302			303	304
	¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI ESPONTA- NEO	SI RECONO- CIDO	NO		
PASTILLAS, PILDORAS Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de la matriz un espiral, anillo, o una T de cobre con un médico o una enfermera.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INYECCION (DEPO-PROVERA) Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 ó 3 meses para evitar quedar embarazada.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PRESERVATIVO (CONDON) Los hombres pueden usar un preservativo (condón) durante las relaciones sexuales.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2	3 v	SI..... 1 → ¿Adónde fué Ud. para hacerse operar? NO..... 2 → ¿Adónde iría...?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.	1	2	3 v	SI..... 1 → ¿Adónde fué su esposo (compañero) para hacerse operar? NO..... 2 → ¿Adónde iría...?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RITMO, CALENDARIO, BILLINGS Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada.	1	2	3 v	SI..... 1 → ¿Adónde fué Ud. para recibir información acerca del ritmo? NO..... 2 → ¿Adónde iría...?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1	2	3 v	SI..... 1 NO..... 2	
OTROS METODOS Además de los métodos que ya le mencione, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI" ESPECIFICAR METODO.	1		3	SI..... 1 NO..... 2	
CODIGOS PARA 304 HOSPITAL PUBLICO..... 01 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO 05 OTRO LUGAR..... 17 CENTRO DE SALUD..... 02 CNS/OTRAS CAJAS 06 NO QUIERE USAR/NO RESPONDE 88 PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA . 03 FARMACIA 07 NO SABE 98 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR ... 04 REPRESENTANTE POPULAR DE SALUD... 10					
306 VEA 303 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA: NI UN SOLO "SI" EN 303 (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> → 309 (PROSIGA CON LA 307) AL MENOS UN "SI" EN 303 (HA USADO ALGUN METODO) 2					

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
307	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de cualquier manera evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→ 339
308	¿Qué ha hecho? (CORRIJA 302 Y 303. COMPLETE LA INFORMACION DE 304 A 306 CUANDO SEA NECESARIO)	_____	
309	VEA 303: HA USADO RITMO O CALENDARIO (ABSTINENCIA PERIODICA)	NUNCA HA USADO RITMO ABSTINENCIA PERIODICA)	
	1 <input type="checkbox"/> v	2 <input type="checkbox"/> (PASE A 311)	
310	La última vez que usó el ritmo ¿Cómo determinó en que días no podía tener relaciones sexuales? (que no podía estar con su esposo)	EN BASE: AL CALENDARIO.....1 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO.2 A LA MUCOSIDAD CERVICAL (BILLINGS).....3 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y LA MUCOSIDAD.....4 AL CALENDARIO Y TEMPERATURA.5 AL CALENDARIO Y MUCOSIDAD 6 OTRO _____7 (ESPECIFICAR)	
311	VEA 208: HA TENIDO HIJOS	NO HA TENIDO HIJOS	
	1 <input type="checkbox"/> v	2 <input type="checkbox"/> (PASE A 312)	
311A	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS.... <input type="text"/> <input type="text"/>	
312	VEA 221 NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE	ACTUALMENTE EMBARAZADA	
	1 <input type="checkbox"/> v	2 <input type="checkbox"/> (PASE A 339)	
312A	VEA 303 MUJER NO ESTERILIZADA	MUJER ESTERILIZADA	
	1 <input type="checkbox"/> v	2 <input type="checkbox"/> (PASE A 314A)	
313	¿Actualmente están Ud. o su marido (compañero) usando algún método para no quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2	→ 322

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
314	¿Qué método está(n) usando?	PILDORA.....01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..02 INYECCIONES.....03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS.04 CONDON.....05 LIGADURA DE TROMPAS.....06 MET. IRREV. MASCULINO.....07 RITMO, BILLINGS.....08 RETIRO.....09 OTROS METODOS.....10	-> 319 -> 317 -> 319B
314A	CIRCULE "06" Y PASE A 317		
315	¿Por favor dígame el nombre o marca de las pastillas que está usando? MUESTRE LA PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE EL CODIGO APROPIADO.	PROGILUTON 21/28..... 01 EUGYNON..... 02 NEOGYNON 21/NEOGYNON 28.... 03 MICROGYNON 21/MICROGYNON 28.04 DENOVAL 21/DENOVAL 28..... 05 NORDETTE 21/NORDETTE 28.... 06 OVRAL 21..... 07 TRIQUILAR 21/28..... 08 DIANE 21/DIANE 28..... 09 OTRA MARCA _____ 10 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 98	
316	¿Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS.....9996 NO SABE.....9998	-> 319
317	LA MUJER O EL ESPOSO (COMPAÑERO) ESTAN USANDO METODO IRREVERSIBLE EL ESPOSO O COMPAÑERO <input type="checkbox"/> LA MUJER <input type="checkbox"/> 1 v 2 (PASE A 317D)		
317A	¿En qué mes y año operaron a su marido para no tener más hijos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
317B	¿Hasta dónde Ud. sabe, su marido (compañero) está satisfecho de haberse hecho esta operación?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	-> 319A
317C	¿Porqué no está satisfecho su marido (compañero) con esta operación?	DESEA UN (OTRO)HIJO..... 1 TUVO COMPLICACIONES..... 2 LA OPERACION FALLO..... 3 LA MUJER NO ESTUVO DE ACUERDO..... 4 OTRO _____ 5 (ESPECIFIQUE)	-> 319A
317D	¿En qué mes y año la operaron a Ud. para no tener mas hijos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/> <input type="text"/>	-> 319A

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
326A	¿Además de (METODO ACTUAL) usa Ud. regularmente algún otro método?	SI..... 1 NO..... 2	→ 328
327	¿Cuál es ese método?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS. 04 CONDON..... 05 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS _____ 10 (ESPECIFIQUE)	
328	¿Han usado algún otro método o han hecho algo (desde el nacimiento de su último hijo) antes de usar (METODO ACTUAL) para evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 342
329	¿Qué método usó antes de (METODO ACTUAL)?	PILDORA.....01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO...02 INYECCIONES.....03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..04 CONDON.....05 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO.07 RITMO, BILLINGS.....08 RETIRO.....09 OTROS METODOS _____ 10 (ESPECIFIQUE)	
330	¿En que mes y año comenzó a usar (METODO ANTERIOR AL ACTUAL; METODO EN 329)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	
331	¿Por cuánto tiempo usó (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
332	¿Cuál fué la razón principal por la que dejó de usar (METODO ANTERIOR AL METODO ACTUAL) en ese entonces?	METODO FALLO.....02 EL COMPAÑERO DESAPRUEBA...03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/ DISPONIBILIDAD.....05 COSTO MUY ALTO.....06 ES DIFICIL DE USAR O SE OLVIDA DE USAR.....07 INTERFIERE CON EL SEXO....08 CAMBIO DE METODO.....09 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO _____ 12 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→ 342
333	VEA 208 Y MARQUE: ALGUN HIJO NACIDO VIVO 1 <input type="checkbox"/> V		NINGUN HIJO NACIDO VIVO 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 335)
334	¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→ 339
335	¿Cuál fué el último método que usó?	PILDORA.....01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..02 INYECCIONES.....03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETA..04 CONDON.....05 RITMO, BILLINGS.....08 RETIRO.....09 OTROS METODOS _____ 10 (ESPECIFICAR)	
336	¿En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO) AÑOTE MES Y AÑO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
337	¿Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
338	¿Cuál fué la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARAZARSE..... 01 METODO FALLO..... 02 EL COMPAÑERO DESAPRUEBA.. 03 EFECTOS SECUNDARIOS..... 04 ACCESIBILIDAD/ DISPONIBILIDAD..... 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR O SE OLVIDA..... 07 INTERFIERE CON SEXO..... 08 CAMBIO DE METODO..... 09 SEXUALMENTE INACTIVA..... 10 MENOPAUSIA/INFERTILIDAD.. 11 OTRO _____ 12 (ESPECIFICAR) NO SABE.....98	
339	¿Piensa usted usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 INDECISA.....8	→ 342
340	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA.....01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..02 INYECCIONES.....03 DIAFRAGMA/ESPUMA/ TABLETAS..... 04 CONDON.....05 MET. IRREVERSIBLE FEMENINO..... 06 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO..... 07 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS..... 10 NO SABE, INDECISA..... 98	
341	¿Piensa usted usar (METODO PREFERIDO O ALGUN METODO) en los próximos doce meses?	SI..... 1 NO..... 2 INDECISA..... 8	
342	¿Escuchó alguna vez, por radio o vió por televisión un mensaje sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 344

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.		
343	¿Lo escuchó o vió una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA..... 2			
344	¿Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI..... 1 NO..... 2 INDECISA..... 8			
345	¿Ha visto usted un anuncio sobre el bienestar de la madre patrocinado por el nombre "DeVida"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	} →346		
345A	¿Hizo usted algo o tomó usted alguna decisión como resultado de haber visto este anuncio?	SI..... 1 NO..... 2	} →346		
345B	¿Qué fué lo que hizo o cuál fué la decisión que tomó? (MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE LA MUJER MENCIONA)	FUE A UN MEDICO/ PUESTO DE SALUD 1 FUE A UNA FARMACIA 1 DISCUTIO PF CON EL MARIDO 1 DISCUTIO PF CON AMIGO(A) O PARIENTE . 1 DECIDIO CUIDARSE CON ALGUN METODO DE PF .. 1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE 1			
<p>346 VEA 213, 221 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>HA TENIDO UN HIJO O MAS DESDE ENERO DE 1984 O ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA</p> <p style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(SIGA CON 347)</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>NO HA TENIDO HIJOS DESDE ENERO DE 1984 Y NO ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA O NO SABE</p> <p style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(PASE A LA PREGUNTA 478)</p> </td> </tr> </table>				<p>HA TENIDO UN HIJO O MAS DESDE ENERO DE 1984 O ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA</p> <p style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(SIGA CON 347)</p>	<p>NO HA TENIDO HIJOS DESDE ENERO DE 1984 Y NO ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA O NO SABE</p> <p style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(PASE A LA PREGUNTA 478)</p>
<p>HA TENIDO UN HIJO O MAS DESDE ENERO DE 1984 O ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA</p> <p style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(SIGA CON 347)</p>	<p>NO HA TENIDO HIJOS DESDE ENERO DE 1984 Y NO ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA O NO SABE</p> <p style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/> v</p> <p style="text-align: center;">(PASE A LA PREGUNTA 478)</p>				

347
Ahora quisiera obtener más información sobre (su embarazo y) los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. MARQUE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO SI ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA Y ANOTE ADENAS LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1984. DESPUES MARQUE SI USO O NO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO.

VEA 306 NUNCA USO UN METODO 1 (PREGUNTE 355 PARA CADA COLUMNA) ALGUNA VEZ USO UN METODO 2 (PREGUNTE 349 A 356 PARA CADA COLUMNA)

PREGUNTAS Y FILTROS	VER 221: EMBARAZADA ACTUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PEULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>
349 Antes de que Ud. quedara embarazada de (NOMBRE), pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ANTERIOR NACIDO VIVO) ¿usó algún método para no quedar embarazada, aunque sea por poco tiempo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 355)←				
350 ¿Cuál fue el último método que usó entonces?	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 MET. VAGINALES..04 CONDON.....05 RITMO, BILLINGS.08 RETIRO.....09 OTROS.....10				
352 ¿Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad? ANOTE MESES	MESES..... <input type="text"/>				
353 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	SI.....1 (PASE A 356)← NO.....2				
354 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	EMBARAZARSE.....01 (PASE SGTE.COLUMNA) COMPAÑERO DESA-PRUEBA.....03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD.05 COSTO MUY ALTO...06 DIFICIL DE USAR..07 INTERFIERE CON SEXO.....08 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO.....12 NO SABE.....98	EMBARAZARSE.....01 (PASE SGTE.COLUMNA) COMPAÑERO DESA-PRUEBA.....03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD.05 COSTO MUY ALTO...06 DIFICIL DE USAR..07 INTERFIERE CON SEXO.....08 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO.....12 NO SABE.....98	EMBARAZARSE.....01 (PASE SGTE.COLUMNA) COMPAÑERO DESA-PRUEBA.....03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD.05 COSTO MUY ALTO...06 DIFICIL DE USAR..07 INTERFIERE CON SEXO.....08 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO.....12 NO SABE.....98	EMBARAZARSE.....01 (PASE SGTE.COLUMNA) COMPAÑERO DESA-PRUEBA.....03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD.05 COSTO MUY ALTO...06 DIFICIL DE USAR..07 INTERFIERE CON SEXO.....08 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO.....12 NO SABE.....98	EMBARAZARSE.....01 (PASE SGTE.COLUMNA) COMPAÑERO DESA-PRUEBA.....03 EFECTOS SECUNDARIOS.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD.05 COSTO MUY ALTO...06 DIFICIL DE USAR..07 INTERFIERE CON SEXO.....08 SEXUALMENTE INACTIVA.....10 OTRO.....12 NO SABE.....98
355 ¿Antes de quedar embarazada de (NOMBRE), pensaba tener otro (un) hijo entonces, pensaba tener otro (un) hijo pero más tarde o pensaba no tener (más) hijos?	ENTONCES.....1 MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A LA SGTE. COLUMNA)	ENTONCES.....1 MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 401)			
356 ¿Quería Ud. tener ese hijo más tarde o ya no quería tener más hijos?	MAS TARDE.....1 NO QUERIA MAS...2 (PASE A LA SGTE. COLUMNA)	MAS TARDE.....1 NO QUERIA MAS...2 (PASE A LA SGTE. COLUMNA)	MAS TARDE.....1 NO QUERIA MAS...2 (PASE A LA SGTE. COLUMNA)	MAS TARDE.....1 NO QUERIA MAS...2 (PASE A LA SGTE. COLUMNA)	MAS TARDE.....1 NO QUERIA MAS...2 (PASE A 401)

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA MATERNA

401	VEA 213 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1984 1 <input type="checkbox"/> v	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1984 2 <input type="checkbox"/>		
402	ANOTE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1984. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.	PASE A LA PREGUNTA 47B		
PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE..... NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE..... NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTE PENULTIMO N.V. NOMBRE..... NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTE ANTEPENUL. N.V. NOMBRE..... NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
403 ¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) le colocaron a Ud. alguna inyección para que el niño no tenga tétanos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
404 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE), se hizo controlar por ese embarazo? SI LA RESPUESTA ES "SI" INDAGUE Y ANOTE A LA PERSONA MAS CALIFICADA. ¿Quién le controló por ese embarazo?	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLA..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLA..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLA..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLA..... 9
405 ¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)? SI LE ATENDIO MAS DE UNA PERSONA, ANOTE A LA MAS CALIFICADA.	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 FAMILIAR..... 7 OTRO..... 8 NADIE..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 FAMILIAR..... 7 OTRO..... 8 NADIE..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 FAMILIAR..... 7 OTRO..... 8 NADIE..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA O SANITARIO.. 3 COMADRONA/ PARTERA/MATRONA.. 6 FAMILIAR..... 7 OTRO..... 8 NADIE..... 9
405A ¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO... 1 CENTRO DE SALUD... 2 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO..... 5 EN LA CASA.....11 OTRO LUGAR.....17	HOSPITAL PUBLICO... 1 CENTRO DE SALUD... 2 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO..... 5 EN LA CASA.....11 OTRO LUGAR.....17	HOSPITAL PUBLICO... 1 CENTRO DE SALUD... 2 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO..... 5 EN LA CASA.....11 OTRO LUGAR.....17	HOSPITAL PUBLICO... 1 CENTRO DE SALUD... 2 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO..... 5 EN LA CASA.....11 OTRO LUGAR.....17
405B ¿En las 24 horas después de su nacimiento (NOMBRE) estuvo... en la misma cama o en la misma habitación que Ud.? separado(a) de Ud. por algunas horas pero luego en la misma habitación? separado(a) todo el 1er.día pero alimentado(a) por Ud.? separado(a) todo el día?	MISMA CAMA O MISMA HABITACION.....1 SEPARADO POR ALGUNAS HORAS.....2 SEPARADO PERO ALIMENTADO POR LA MADRE.....3 SEPARADO TODO EL PRIMER DIA.....4 OTROS CASOS.....5	MISMA CAMA O MISMA HABITACION.....1 SEPARADO POR ALGUNAS HORAS.....2 SEPARADO PERO ALIMENTADO POR LA MADRE.....3 SEPARADO TODO EL PRIMER DIA.....4 OTROS CASOS.....5	MISMA CAMA O MISMA HABITACION.....1 SEPARADO POR ALGUNAS HORAS.....2 SEPARADO PERO ALIMENTADO POR LA MADRE.....3 SEPARADO TODO EL PRIMER DIA.....4 OTROS CASOS.....5	MISMA CAMA O MISMA HABITACION.....1 SEPARADO POR ALGUNAS HORAS.....2 SEPARADO PERO ALIMENTADO POR LA MADRE.....3 SEPARADO TODO EL PRIMER DIA.....4 OTROS CASOS.....5
405C ¿En su opinión (NOMBRE) al nacer era pequeño, normal o más grande de lo normal?	MUY PEQUEÑO.....1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL.....2 NORMAL.....3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....5 NO SABE.....8	MUY PEQUEÑO.....1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL.....2 NORMAL.....3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....5 NO SABE.....8	MUY PEQUEÑO.....1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL.....2 NORMAL.....3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....5 NO SABE.....8	MUY PEQUEÑO.....1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL.....2 NORMAL.....3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL.....5 NO SABE.....8

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
	NOMBRE.....	NOMBRE.....	NOMBRE.....	NOMBRE.....
405D ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su menstruación?	NO LE HA VUELTO....96 <input type="text"/> MESES	NO LE VOLVIO96 <input type="text"/> (PASE A 405F) MESES	NO LE VOLVIO96 <input type="text"/> (PASE A 405F) MESES	NO LE VOLVIO96 <input type="text"/> (PASE A 405F) MESES
405E ¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI (O EMBARAZADA)... 1 NO..... 2 (PASE A 406) ←			
405F ¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>
406 ¿Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 407)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 407A)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 407A)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 407A)←
406A ¿Porqué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	INCONVENIENTE..... 1 DEBIA TRABAJAR..... 2 LECHE INSUFICIENTE. 3 EL NIÑO NO QUERIA.. 4 EL NIÑO MURIO..... 5 EL NIÑO ENFERMO.... 6 LA MADRE ENFERMO... 7 PEZON INVERTIDO O LESIONES..... 8 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 408A)	INCONVENIENTE..... 1 DEBIA TRABAJAR..... 2 LECHE INSUFICIENTE. 3 EL NIÑO NO QUERIA.. 4 EL NIÑO MURIO..... 5 EL NIÑO ENFERMO.... 6 LA MADRE ENFERMO... 7 PEZON INVERTIDO O LESIONES..... 8 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 408A)	INCONVENIENTE..... 1 DEBIA TRABAJAR..... 2 LECHE INSUFICIENTE. 3 EL NIÑO NO QUERIA.. 4 EL NIÑO MURIO..... 5 EL NIÑO ENFERMO.... 6 LA MADRE ENFERMO... 7 PEZON INVERTIDO O LESIONES..... 8 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 408A)	INCONVENIENTE..... 1 DEBIA TRABAJAR..... 2 LECHE INSUFICIENTE. 3 EL NIÑO NO QUERIA.. 4 EL NIÑO MURIO..... 5 EL NIÑO ENFERMO.... 6 LA MADRE ENFERMO... 7 PEZON INVERTIDO O LESIONES..... 8 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 408A)
SI ESTA VIVO, PREGUNTE: 407 ¿Todavía le está dando pecho a (NOMBRE)? SI HA FALLECIDO MARQUE "2" Y PASE A LA 407A.	SI.....1 NO.....2 (PASE A 413)←			
407A ¿Por cuántos meses le dió pecho a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> HASTA QUE MURIO....96			
408 ¿Porqué dejó de darle pecho a (NOMBRE)?	INCONVENIENTE.....1 DEBIA TRABAJAR.....2 LECHE INSUFICIENTE..3 EL NIÑO NO QUERIA...4 EL NIÑO MURIO.....5 EL NIÑO ENFERMO....6 LA MADRE ENFERMO...7 EL NIÑO C/DIARREA...8 EDAD DE DESTETE....9 SE EMBARAZO.....10 CONSEJO MEDICO.....11 OTRAS RAZONES.....12	INCONVENIENTE.....1 DEBIA TRABAJAR.....2 LECHE INSUFICIENTE..3 EL NIÑO NO QUERIA...4 EL NIÑO MURIO.....5 EL NIÑO ENFERMO....6 LA MADRE ENFERMO...7 EL NIÑO C/DIARREA...8 EDAD DE DESTETE....9 SE EMBARAZO.....10 CONSEJO MEDICO.....11 OTRAS RAZONES.....12	INCONVENIENTE.....1 DEBIA TRABAJAR.....2 LECHE INSUFICIENTE..3 EL NIÑO NO QUERIA...4 EL NIÑO MURIO.....5 EL NIÑO ENFERMO....6 LA MADRE ENFERMO...7 EL NIÑO C/DIARREA...8 EDAD DE DESTETE....9 SE EMBARAZO.....10 CONSEJO MEDICO.....11 OTRAS RAZONES.....12	INCONVENIENTE.....1 DEBIA TRABAJAR.....2 LECHE INSUFICIENTE..3 EL NIÑO NO QUERIA...4 EL NIÑO MURIO.....5 EL NIÑO ENFERMO....6 LA MADRE ENFERMO...7 EL NIÑO C/DIARREA...8 EDAD DE DESTETE....9 SE EMBARAZO.....10 CONSEJO MEDICO.....11 OTRAS RAZONES.....12
408A VEA CONDICION DE SUPERVIVENCIA	VIVO MUERTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 403, SGTE. COLUMNA) ↓ (PROSIGA CON 412)	VIVO MUERTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 403, SGTE. COLUMNA) ↓ (PASE A 419)	VIVO MUERTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 403, SGTE. COLUMNA) ↓ (PASE A 419)	VIVO MUERTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 427) ↓ (PASE A 419)

412	VEA 407 AUN LE ESTA DANDO DE MAMAR AL ULTIMO HIJO (SIGA CON 413) <input type="checkbox"/> 1	OTROS CASOS <input type="checkbox"/> 2 → PASE A 419
-----	---	--

413	¿Cuántas veces dió el pecho a (NOMBRE) desde ayer a las 7 de la noche hasta hoy a las 6 de la mañana? INDAGUE: ... desde ayer por la noche hasta hoy al amanecer?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
414	¿Cuántas veces dió el pecho a (NOMBRE) durante las horas del día de ayer?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

415	¿En algún momento de ayer o de anoche le dió Ud. u otra persona a (NOMBRE) algo de lo siguiente? (LEA LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)	SUPLEMENTOS	SI NO	415A SI 415 = 1 ¿Cuántas veces dió ayer (SUPLEMENTO) a (NOMBRE)?	415B SI 415 = 1 ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando comenzó a darle (SUPLEMENTO) regularmente todos los días? MESES (ANOTE LA EDAD EN MESES)	
	Agua sola?	AGUA SOLA.....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Agua de hierbas?	AGUA DE HIERBAS.....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Jugo, agua con azúcar?	JUGO, AGUA CON AZUCAR....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Leche en polvo?	LECHE EN POLVO.....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Leche de vaca o cabra?	LECHE DE VACA O CABRA....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS.....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Alimentos sólidos, pure, papilla?	ALIMENTO SOLIDO, PURE....	1 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

415C	VEA 415 LE FUE DADO UN SUPLEMENTO LIQUIDO <input type="checkbox"/> 1	NO SE LE DIO NINGUN SUPLEMENTO LIQUIDO <input type="checkbox"/> 2 → 419
------	---	---

415D	¿Alguno de estos líquidos le fue dado en una botella con chupón o en un biberón?	SI.....1 NO.....2
------	--	----------------------

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
	NOMBRE.....	NOMBRE.....	NOMBRE.....	NOMBRE.....
419 ¿Tiene Ud. el carnet de vacunación o el carnet infantil de (NOMBRE)? Si es "SI" ¿Me permitiría verlo?	SI (LO VIO C.V.).. 1 SI (LO VIO C.S.).. 2 SI (NO LO VIO).... 3 NO LO TIENE..... 8 (PASE A 420A)←	SI (LO VIO C.V.).. 1 SI (LO VIO C.S.).. 2 SI (NO LO VIO).... 3 NO LO TIENE..... 8 (PASE A 420A)←	SI (LO VIO C.V.).. 1 SI (LO VIO C.S.).. 2 SI (NO LO VIO).... 3 NO LO TIENE..... 8 (PASE A 420A)←	SI (LO VIO C.V.).. 1 SI (LO VIO C.S.).. 2 SI (NO LO VIO).... 3 NO LO TIENE..... 8 (PASE A 420A)←

420 SI LA ENTREVISTADA LE PERMITE VER EL CARNET DE VACUNACIONES DEL HIJO, ANOTE EL DIA, EL MES Y EL AÑO CORRESPONDIENTE A CADA VACUNACION EN LAS CASILLAS QUE SIGUEN. ESCRIBA 95 EN LA COLUMNA "DIAS" SI EL CARNET ESTA TIQUEADO, SI NO ESTA TIQUEADO O SI NO TIENE LAS FECHAS EN EL CARNET DE VACUNACION, ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" DE LA COLUMNA "C".

	C	DIA	MES	AÑO												
POLIO 1	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POLIO 2	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POLIO 3	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POLIO 4	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DPT 1	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DPT 2	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DPT 3	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SARAMPION	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE.....	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE.....	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE.....	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE.....
420A ¿Fué (NOMBRE) vacunado(a) contra la polio, la vacuna que se da en gotas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420C)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420C)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420C)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420C)←
420B ¿Cuántas veces le dieron la vacuna en gotas?	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 NO SABE..... 8
420C ¿Fué (NOMBRE) vacunado(a) con la vacuna triple (DPT)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420E)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420E)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420E)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 420E)←
420D ¿Cuántas veces recibió la vacuna?	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 NO SABE..... 8	UNA..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 NO SABE..... 8
420E ¿Fué (NOMBRE) vacunado(a) contra el sarampión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
420F ¿Fué vacunado(a) contra la tuberculosis (BCG)? (La vacuna que deja cicatriz en el brazo)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
420G MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA: LA PREGUNTA 420H FUE FORMULADA PARA UN HIJO MENOR				
NO FUE FORMULADA <input type="checkbox"/>		YA FUE FORMULADA <input type="checkbox"/> → 421		
No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS		PASE A PGTA.
420H	¿A que sitios podría ir si quisiera hacer vacunar a sus hijos?	HOSPITAL PUBLICO..... 1 CENTRO DE SALUD..... 1 PUESTO DE SALUD/ POSTA SANITARIA..... 1 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 1 CLINICA/ HOSPITAL PRIVADO..... 1 CNS/OTRAS CAJAS..... 1 UNIDAD DE REHIDRATAION ORAL (JRO)..... 1 FARMACIA..... 1 CURANDERO..... 1 RESPONSABLE POPULAR DE SALUD (RPS)..... 1 ESCUELA..... 1 CAMPAÑA DE VACUNACION..... 1 OTRO LUGAR..... 1 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 1		

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO HIJO NACIDO VIVO	PENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO
421 ¿(NOMBRE) tuvo tos en las últimas 24 horas?	SI 1 NO 2 (PASE A 422A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 422A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 422A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 422A) ←
422 ¿Hace cuántos días le comenzó la tos a (NOMBRE)?	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 423) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 423) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 423) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 423) ←
422A ¿Hace cuánto tiempo (NOMBRE) tuvo tos por última vez?	DIAS <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO 96 (PASE A 424) ←	DIAS <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO 96 (PASE A 424) ←	DIAS <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO 96 (PASE A 424) ←	DIAS <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO 96 (PASE A 424) ←
422B ¿Por cuánto tiempo (NOMBRE) tuvo tos esa vez que se enfermó?	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98
423 ¿Tenía (NOMBRE) dificultad en respirar durante el tiempo en que estuvo con tos?	SI 1 NO 2 (PASE A 423B) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423B) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423B) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423B) ←
423A ¿Durante cuántos días tuvo (NOMBRE) dificultad de respirar?	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00
423B ¿Respiraba (NOMBRE) con rapidez durante el tiempo que estaba con tos?	SI 1 NO 2			
423C ¿Le llevaron a (NOMBRE) a un hospital, a un centro de salud, a una clínica, o a algún otro lugar para que lo trataran cuando tuvo esa tos?	SI 1 NO 2 (PASE A 423H) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423H) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423H) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 423H) ←
423D ¿A dónde lo (la) llevaron?	HOSPITAL PUBLICO .. 1 CENTRO DE SALUD ... 1 MEDICO PARTICULAR . 1 HOSPITAL PRIVADO .. 1 FARMACIA 1 MEDICO TRADICIONAL 1 OTRO LUGAR 1	HOSPITAL PUBLICO .. 1 CENTRO DE SALUD ... 1 MEDICO PARTICULAR . 1 HOSPITAL PRIVADO .. 1 FARMACIA 1 MEDICO TRADICIONAL 1 OTRO LUGAR 1	HOSPITAL PUBLICO .. 1 CENTRO DE SALUD ... 1 MEDICO PARTICULAR . 1 HOSPITAL PRIVADO .. 1 FARMACIA 1 MEDICO TRADICIONAL 1 OTRO LUGAR 1	HOSPITAL PUBLICO .. 1 CENTRO DE SALUD ... 1 MEDICO PARTICULAR . 1 HOSPITAL PRIVADO .. 1 FARMACIA 1 MEDICO TRADICIONAL 1 OTRO LUGAR 1
423E ¿Qué tratamiento le dieron a (NOMBRE) en esa ocasión?	INYECCIONES1 TABLETAS/PASTILLAS .1 JARABE PARA TOS1 REMEDIOS CASEROS ...1 OTRO TRATAMIENTO ...1 NO LE DIERON TRATAMIENTO ... 1 (PASE A 424)	INYECCIONES1 TABLETAS/PASTILLAS .1 JARABE PARA TOS1 REMEDIOS CASEROS ...1 OTRO TRATAMIENTO ...1 NO LE DIERON TRATAMIENTO ... 1 (PASE A 424)	INYECCIONES1 TABLETAS/PASTILLAS .1 JARABE PARA TOS1 REMEDIOS CASEROS ...1 OTRO TRATAMIENTO ...1 NO LE DIERON TRATAMIENTO ... 1 (PASE A 424)	INYECCIONES1 TABLETAS/PASTILLAS .1 JARABE PARA TOS1 REMEDIOS CASEROS ...1 OTRO TRATAMIENTO ...1 NO LE DIERON TRATAMIENTO ... 1 (PASE A 424)
423H ¿Porqué no llevó a (NOMBRE) a que lo (la) trataran cuando tuvo esa tos?	LA ENFERMEDAD NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO ... 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4	LA ENFERMEDAD NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO ... 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4	LA ENFERMEDAD NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO ... 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4	LA ENFERMEDAD NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO ... 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4
424 ¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 24 horas?	SI 1 NO 2 (PASE A 425A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 425A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 425A) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 425A) ←
425 ¿Hace cuántos días le comenzó la diarrea a (NOMBRE)?	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 426) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 426) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 426) ←	DIAS .. <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA= 00 NO SABE 98 (PASE A 426) ←

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO HIJO NACIDO VIVO	PENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO
425A ¿Hace cuánto tiempo (NOMBRE) tuvo diarrea por última vez?	DIAS ... <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO ... 96 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	DIAS ... <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO ... 96 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	DIAS ... <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO ... 96 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	DIAS ... <input type="text"/> SEMANAS.. <input type="text"/> MESES ... <input type="text"/> NO RECUERDA ... 98 NUNCA TUVO ... 96 (PASE A 427)
425B ¿Por cuánto tiempo (NOMBRE) tuvo diarrea esa vez que se enfermó?	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA = 00 NO SABE 98
426 ¿La última vez que (NOMBRE) tuvo diarrea, tenía sangre en la materia fecal?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
426A VEA 407 AUN ESTA DANDO DE MAMAR AL ULTIMO HIJO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 426C			
426B ¿Dió de mamar a (NOMBRE) mientras tuvo diarrea?	SI 1 NO 2			
426C ¿Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea, usted le dió de tomar más líquidos, menos líquidos o la misma cantidad de líquidos de lo que le da habitualmente	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS ... 2 MISMA CANTIDAD ... 3 NO SABE 8	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS ... 2 MISMA CANTIDAD ... 3 NO SABE 8	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS ... 2 MISMA CANTIDAD ... 3 NO SABE 8	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS ... 2 MISMA CANTIDAD ... 3 NO SABE 8
426D ¿Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea, usted le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME .. 4 NO SABE 8	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME .. 4 NO SABE 8	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME .. 4 NO SABE 8	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL 3 TODAVIA NO COME .. 4 NO SABE 8
426E ¿Le dieron a (NOMBRE) ya sea una solución casera de sal, azúcar y agua o una solución hecha con los paquetes especiales de rehidratación?	SOLUCION CASERA .. 1 PAQUETE ESPECIAL.. 2 AMBAS COSAS 3 NO LE DIERON NADA. 4 (PASE A 426K) ←	SOLUCION CASERA .. 1 PAQUETE ESPECIAL.. 2 AMBAS COSAS 3 NO LE DIERON NADA. 4 (PASE A 426K) ←	SOLUCION CASERA .. 1 PAQUETE ESPECIAL.. 2 AMBAS COSAS 3 NO LE DIERON NADA. 4 (PASE A 426K) ←	SOLUCION CASERA .. 1 PAQUETE ESPECIAL.. 2 AMBAS COSAS 3 NO LE DIERON NADA. 4 (PASE A 426K) ←
426G ¿Durante cuántos días estuvo dándole la solución?	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA 00 NO SABE 98	DIAS ... <input type="text"/> MENOS DE 1 DIA 00 NO SABE 98
426K ¿Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea, consultó con alguien o lo llevó a alguna parte para que recibiera tratamiento? SI LA RESPUESTA ES "SI" ¿Adónde lo (la) llevó?	HOSPITAL PUBLICO ..01 CENTRO DE SALUD ...02 MEDICO PARTICULAR .04 HOSPITAL PRIVADO ..05 FARMACIA07 MEDICO TRADICIONAL 11 OTRO LUGAR13 NO LO LLEVO 88 (PASE A 426M) ←	HOSPITAL PUBLICO ..01 CENTRO DE SALUD ...02 MEDICO PARTICULAR .04 HOSPITAL PRIVADO ..05 FARMACIA07 MEDICO TRADICIONAL 11 OTRO LUGAR13 NO LO LLEVO 88 (PASE A 426M) ←	HOSPITAL PUBLICO ..01 CENTRO DE SALUD ...02 MEDICO PARTICULAR .04 HOSPITAL PRIVADO ..05 FARMACIA07 MEDICO TRADICIONAL 11 OTRO LUGAR13 NO LO LLEVO 88 (PASE A 426M) ←	HOSPITAL PUBLICO ..01 CENTRO DE SALUD ...02 MEDICO PARTICULAR .04 HOSPITAL PRIVADO ..05 FARMACIA07 MEDICO TRADICIONAL 11 OTRO LUGAR13 NO LO LLEVO 88 (PASE A 426M) ←
426L ¿Qué tratamiento recibió?	INYECCION..... 1 INTRAVENOSA..... 1 TABLETAS/PASTILLAS 1 JARABES 1 REHIDRATACION ORAL 1 OTRO 1 NO RECIBIO 1 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	INYECCION..... 1 INTRAVENOSA..... 1 TABLETAS/PASTILLAS 1 JARABES 1 REHIDRATACION ORAL 1 OTRO 1 NO RECIBIO 1 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	INYECCION..... 1 INTRAVENOSA..... 1 TABLETAS/PASTILLAS 1 JARABES 1 REHIDRATACION ORAL 1 OTRO 1 NO RECIBIO 1 REGRESE A 403 SGT. COL. PAG. COLOR	INYECCION..... 1 INTRAVENOSA..... 1 TABLETAS/PASTILLAS 1 JARABES 1 REHIDRATACION ORAL 1 OTRO 1 NO RECIBIO 1 (PASE A 427)

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO HIJO NACIDO VIVO	PENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO
426M ¿Porqué no llevaron a (NOMBRE) para que lo (la) trataran de la diarrea?	LA DIARREA NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO .. 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4 (REGRESE A LA PREGUNTA 403, SIGUIENTE COLUMNA, PAGINA DE COLOR)	LA DIARREA NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO .. 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4 (REGRESE A LA PREGUNTA 403, SIGUIENTE COLUMNA, PAGINA DE COLOR)	LA DIARREA NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO .. 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4 (REGRESE A LA PREGUNTA 403, SIGUIENTE COLUMNA, PAGINA DE COLOR)	LA DIARREA NO ERA GRAVE 1 LA MADRE NO TUVO TIEMPO .. 2 NO HAY SERVICIOS CERCANOS 3 OTROS MOTIVOS 4 (PASE A 427)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
427	VEA 424 Y 426E NO MENCIONO SOBRES DE REHIDRATACION O NADIE TUVO DIARREA 1 <input type="checkbox"/> ↓	MENCIONO SOBRES DE REHIDRATACION 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 432	
428	¿Alguna vez escuchó que existen sobres de rehidratación o sobres URO?	SI..... 1 NO..... 2	
429	¿Alguna vez ha visto algún sobre como uno de éstos? (MUESTRE LOS SOBRES)	SI..... 1 NO..... 2 → 440	
430	¿Me puede decir para que se utiliza este sobre?	DIARREA/DESHIDRATACION..... 1 OTRA RESPUESTA..... 2 NO SABE..... 8	
431	¿Ud. ha utilizado uno de estos sobres, ya sea para su(s) hijos(s) o para alguna otra persona?	UTILIZO PARA SU(S) HIJO(S)..... 1 UTILIZO PARA OTRAS PERSONAS..... 2 UTILIZO PARA AMBOS..... 3 NUNCA LO HA UTILIZADO..... 4 → 440	
432	¿Ud. cree que estos sobres sirven para curar la diarrea o para evitar que el niño se deshidrate?	PARA CURAR LA DIARREA..... 1 PARA EVITAR DESHIDRATACION..... 2 PARA LAS DOS COSAS..... 3 NO SABE..... 8	
432A	¿La última vez que Ud. preparó uno de estos sobres, que cantidad de agua utilizó?	1/2 LITRO..... 1 1 LITRO..... 2 1 1/2 LITRO..... 3 2 LITROS..... 4 OTRO _____ 5 (ESPECIFIQUE) NUNCA HA PREPARADO..... 6 NO SABE..... 8	
432B	¿Utilizó Ud. agua hervida para preparar el contenido del sobre?	SI..... 1 NO..... 2	
434	¿Cuando Ud. prepara el suero, lo hace de nuevo cada día o usa el mismo suero para para dos o más días?	NUEVO CADA DIA..... 1 USA DOS DIAS O MAS..... 2 A VECES USA DOS DIAS O MAS..... 3 OTRA RESPUESTA _____ 4 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
435	<p>¿De dónde puede usted obtener éstos sobres?</p> <p>MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE LA MUJER MENCIONA</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 1</p> <p>CENTRO DE SALUD..... 1</p> <p>PUESTO DE SALUD/ POSTA SANITARIA..... 1</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 1</p> <p>CLINICA/ HOSPITAL PRIVADO..... 1</p> <p>CNS/OTRAS CAJAS..... 1</p> <p>UNIDAD DE REHIDRATAACION ORAL (URO)..... 1</p> <p>FARMACIA..... 1</p> <p>CURANDERO..... 1</p> <p>RESPONSABLE POPULAR DE SALUD (RPS)..... 1</p> <p>OTRO LUGAR _____ 1 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 1</p>	
436	<p>¿Cuánto cuesta un sobre de éstos?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>GRATIS.....888</p> <p>NO SABE.....998</p>	
437	<p>¿Tiene alguno de éstos sobres en su casa en este momento?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	->440
438	<p>¿Puedo ver el sobre?</p>	<p>MUESTRA EL SOBRE..... 1</p> <p>NO MUESTRA EL SOBRE..... 2</p>	

SECCION 4.1 AUTOPSIA VERBAL

440 VEA 213 Y 214: UNO O MAS HIJOS FALLECIDOS ENTRE LOS NACIDOS DESPUES DE ENERO DE 1984 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ↓ ANOTE LOS NOMBRES Y LA CONDICION DE SOBREVIVENCIA DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1984. FORMULE LAS PREGUNTAS SOLAMENTE PARA LOS HIJOS FALLECIDOS.		NINGUN HIJO FALLECIDO ENTRE LOS NACIDOS DESPUES DE ENERO DE 1984 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 47B)		
441 PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> VIVO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> 1 2 → (SGTE. COLUMNA)	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> VIVO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> 1 2 → (SGTE. COLUMNA)	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> VIVO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> 1 2 → (SGTE. COLUMNA)	ANTE PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> VIVO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> MUERTO <input style="width: 10px; height: 10px;" type="checkbox"/> 1 2 (PASE A 47B)
Si usted me permite, ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su(s) hijo(s) fallecido(s)				
442 ¿(NOMBRE) falleció debido a un accidente o por una enfermedad?	ENFERMEDAD..... 1 (PASE A 444) ← ACCIDENTE..... 2	ENFERMEDAD..... 1 (PASE A 444) ← ACCIDENTE..... 2	ENFERMEDAD..... 1 (PASE A 444) ← ACCIDENTE..... 2	ENFERMEDAD..... 1 (PASE A 444) ← ACCIDENTE..... 2
443 ¿Cuál fue el accidente? (PASE A 449) (PASE A 449) (PASE A 449) (PASE A 449)
444 ¿Cuál fue la enfermedad que causó el fallecimiento de (NOMBRE)?
445 ¿(En las dos semanas) antes de morir, tuvo (NOMBRE) alguno de los siguientes síntomas:	DIARREA..... 1 DIARREA CON SANGRE. 1 TOS..... 1 DIFICULTAD EN RESPIRAR..... 1 RONCHAS/ GRANOS..... 1 ATAQUE..... 1 FIEBRE..... 1 OTROS SINTOMAS..... 1	DIARREA..... 1 DIARREA CON SANGRE. 1 TOS..... 1 DIFICULTAD EN RESPIRAR..... 1 RONCHAS/ GRANOS..... 1 ATAQUE..... 1 FIEBRE..... 1 OTROS SINTOMAS..... 1	DIARREA..... 1 DIARREA CON SANGRE. 1 TOS..... 1 DIFICULTAD EN RESPIRAR..... 1 RONCHAS/ GRANOS..... 1 ATAQUE..... 1 FIEBRE..... 1 OTROS SINTOMAS..... 1	DIARREA..... 1 DIARREA CON SANGRE. 1 TOS..... 1 DIFICULTAD EN RESPIRAR..... 1 RONCHAS/ GRANOS..... 1 ATAQUE..... 1 FIEBRE..... 1 OTROS SINTOMAS..... 1
PARA CADA UNO DE LOS SINTOMAS MENCIONADOS EN 445, FORMULE LA PREGUNTA 445A. ASEGURESE QUE LAS RESPUESTAS COINCIDEN CON LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 445.				
445A ¿Cuánto tiempo antes de morir (NOMBRE) comenzó a tener esos problemas?	DIAS SEMANAS MESES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	DIAS SEMANAS MESES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	DIAS SEMANAS MESES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	DIAS SEMANAS MESES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

SECCION 4.2 MORTALIDAD MATERNA

478 VERIFIQUE:

LA INFORMACION SOBRE LOS HERMANOS Y HERMANAS YA HA SIDO OBTENIDA DE UNA HERMANA QUE VIVE HABITUALMENTE O QUE HA PASADO LA NOCHE ANTERIOR EN ESE HOGAR.

SI 1

NO 2 → (PROSIGA CON 479)

REGISTRE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE LINEA DE LA MUJER DE LA CUAL SE OBTUVO LA INFORMACION.

NOMBRE _____

NUMERO DE LINEA → PASE A LA PREGUNTA 501

479 ¿Usted tiene o ha tenido hermanos y hermanas?

SI:..... 1

NO:..... 2 → 501

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas. Fijese que me refiero solamente a sus hermanos de padre y madre o a hermanos de madre. Por favor, dígame los nombres de todos sus hermanos y hermanas, incluyendo a los que ya fallecieron y a los que están viviendo en otra parte. Comencemos por el de más edad.

480. ¿Cuál es el nombre de su hermano o hermana de más edad (el siguiente de más edad, etc)...?	481 (NOMBRE) es hombre o mujer?	482 (NOMBRE) está vivo(a) todavía	483 SI ESTA VIVO: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	484 SI FALLECIO ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	485 ¿Cuántos años de edad tenía (NOMBRE) cuando falleció?	486 (NOMBRE) estuvo casada o unida alguna vez?	487 (NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto?	488 (NOMBRE) murió antes de que se cumpliera dos meses después del parto o de la terminación de su embarazo?	489 ¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
0 1	H.....1 M.....2	SI.....1→ NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 02	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1→SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 02	SI.....1 NO.....2 v PASE A 489 NO.....2→	SI.....1 NO.....2	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE = 98 PASE A FILA 02
0 2	H.....1 M.....2	SI.....1→ NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 03	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1→SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 03	SI.....1 NO.....2 v PASE A 489 NO.....2→	SI.....1 NO.....2	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE = 98 PASE A FILA 03
0 3	H.....1 M.....2	SI.....1→ NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 04	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1→SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 04	SI.....1 NO.....2 v PASE A 489 NO.....2→	SI.....1 NO.....2	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE = 98 PASE A FILA 04
0 4	H.....1 M.....2	SI.....1→ NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 05	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI.....1→SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 05	SI.....1 NO.....2 v PASE A 489 NO.....2→	SI.....1 NO.....2	HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE = 98 PASE A FILA 05

480	481	482	483	484	485	486	487	488	489
¿Cuál es el nombre de su hermano o hermana de más edad (el siguiente de más edad, etc)...? ANOTE EL NOMBRE	(NOMBRE) es hombre o mujer?	(NOMBRE) está vivo(a) todavía	SI ESTA VIVO: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE = 98 SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS	SI FALLECIO ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 SOLO ACEPTE NO SABE EN CASOS EXTREMOS	¿Cuántos años de edad tenía (NOMBRE) cuando falleció? HOMBRES PASAN A SIGUIENTE FILA NO SABE = 98 SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS	(NOMBRE) estuvo casada o unida alguna vez?	(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto?	(NOMBRE) murió antes de que se cumpliera dos meses después del parto o de la terminación de su embarazo?	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
0 5	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 06	EDAD ↓ PASE A LA FILA 06	AÑOS →	AÑOS	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 06	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A FILA 06
0 6	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 07	EDAD ↓ PASE A LA FILA 07	AÑOS →	AÑOS HOMBRES PASAN A FILA 07	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 07	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A FILA 07
0 7	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 08	EDAD ↓ PASE A LA FILA 08	AÑOS → Menos de 1 año= 00	AÑOS HOMBRES PASAN A FILA 08	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 08	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A FILA 08
0 8	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 09	EDAD ↓ PASE A LA FILA 09	AÑOS → Menos de 1 año= 00	AÑOS HOMBRES PASAN A FILA 09	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 09	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A FILA 09
0 9	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v FILA 10	EDAD ↓ PASE A LA FILA 10	AÑOS → Menos de 1 año= 00	AÑOS HOMBRES PASAN A FILA 10	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A FILA 10	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A FILA 10
1 0	H.....1 N.....2	SI.....1-> NO... 2 v 484 NO SABE 8 v PASE A 490	EDAD ↓ PASE A 490	AÑOS → Menos de 1 año= 00	AÑOS HOMBRES PASAN A 490	PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE SI.....1-> SI... 1 NO... 2 v PASE A 490	PASE A 489 NO.....2->	SI.....1 NO.....2	HIJOS NO SABE = 98 PASE A 490
490 Permítame verificar si tengo ya información correcta, usted ha tenido en total _____ hermanos y hermanas de madre, incluyendo los que han fallecido y los que están viviendo en el extranjero ¿es esto correcto?									
SI 1 v (PASE A LA SECCION 5)									
NO 2 v INDAGUE Y HAGA LAS CORRECCIONES CORRESPONDIENTES									

SECCION 5: NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
501	¿Cuál es su estado civil actual?	CASADA..... 1 UNIDA..... 2 VIUDA..... 3 DIVORCIADA..... 4 SEPARADA..... 5 SOLTERA..... 6	->503
502	¿Ha estado Ud. casada o unida más de una vez?	UNA SOLA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	->504
503	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2	->516
504	¿En que mes y año comenzó a vivir con su (primer) esposo (compañero)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	
505	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	¿Están vivos el padre y la madre de Ud.?	SI NO NO SABE PADRE.....1 2 8 MADRE.....1 2 8	
507	¿Están vivos el padre y la madre de su esposo (compañero)?	SI NO NO SABE PADRE.....1 2 8 MADRE.....1 2 8	
516	¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? INDAJUE: ¿Qué edad tenía Ud. cuando estuvo con alguien por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 NO HA TENIDO RELACIONES. 88 NO DA INFORMACION..... 99	->524
517	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 9	->519 ->520
518	¿Cuántas veces?	VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 98 SE NIEGA A DAR INFORMACION 99	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
519	<p>¿Hace cuánto tiempo tuvo relaciones sexuales la última vez?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Hace cuánto tiempo estuvo con alguien la última vez?</p>	<p>HACE:</p> <p>DIAS.....1</p> <p>SEMANAS.....2</p> <p>MESES3</p> <p>AÑOS.....4</p> <p>ANTES ULTIMO PARTO... 995</p> <p>NO RECUERDA..... 998</p>	<p>->524</p>
520	<p>VEA 221 NO EMBARAZADA O NO SABE</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>EMBARAZADA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> -> (PASE A 524)</p>	
521	<p>VEA 313 317 NO ESTA USANDO METODO</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>ESTA USANDO METODO</p> <p>2 <input type="checkbox"/> -> (PASE A 524)</p>	
522	<p>Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas ¿Se sentiría contenta, triste o no le importaría?</p>	<p>CONTENTA.....1</p> <p>TRISTE.....2</p> <p>NO LE IMPORTARIA.....3</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>-> 524</p>
523	<p>¿Cuál es la razón principal por la cual usted no está usando un método para no quedar embarazada?</p>	<p>FALTA DE CONOCIMIENTO.....01</p> <p>SE OPONE A LA PLANIFICACION FAMILIAR..02</p> <p>EL MARIDO O COMPAÑERO DESAPRUEBA.....03</p> <p>OTROS FAMILIARES DESAPRUEBAN.....04</p> <p>ACCESIBILIDAD/ DISPONIBILIDAD.....05</p> <p>EL COSTO DEL METODO.....06</p> <p>DIFICIL DE USAR O SE OLVIDA DE USAR.....07</p> <p>RELACION SEXUAL POCO FRECUENTE.....08</p> <p>PREOCUPACION DE SALUD.....09</p> <p>FATALISTA.....10</p> <p>MOTIVOS RELIGIOSOS.....11</p> <p>LACTANDO O EN AMENORREA POST-PARTO.....12</p> <p>MENOPAUSIA O INFERTIL.....13</p> <p>OTRAS RAZONES _____ 14 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....98</p>	
524	<p>REGISTRE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO</p>	<p>NIÑOS MENORES DE</p> <p>10 AÑOS.....1</p> <p>MARIDO/COMPAÑERO.....1</p> <p>HOMBRES ADULTOS.....1</p> <p>OTRAS MUJERES ADULTAS.....1</p> <p>OTROS.....1</p>	<p>SI NO</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p>

SECCION 6: PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
601	VEA 317 MARIDO ESTERILIZADO 1 <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 609)	OTROS CASOS 3 <input type="checkbox"/> ↓	
602	VEA 502 ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 <input type="checkbox"/> v	NO ESTA CASADA NI UNIDA 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 611	
603	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro... VEA 221 NO EMBARAZADA 1 <input type="checkbox"/> ¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> ¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	QUIERE HIJO..... 1 NO QUIERE MAS HIJOS..... 2 MENOPAUSICA/ESTERIL..... 3 INDECISA O NO SABE..... 8	→ 611
607	¿Cuánto tiempo quisiera esperar, a partir de hoy antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LO ANTES POSIBLE 996 NO SABE..... 998	→ 611
607A	VEA: 214 Y 221 ALGUN HIJO SOBREVIVIENTE Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE 1 <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO SOBREVIVIENTE O ACTUALMENTE EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 611	
608	¿Qué edad le gustaría que tuviera su hijo menor antes de tener otro hijo?	AÑOS DE EDAD..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98	→ 611
609	¿Lamenta que Ud. (su esposo) haya sido operada (operado) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	→ 611
610	¿Le gustaría tener otro hijo o prefiere no tener más hijos?	QUISIERA TENER OTRO HIJO.. 1 NO QUISIERA OTRO HIJO..... 2 INDECISA O NO SABE..... 8	
611	VEA 202 Y 204: SIN HIJOS VIVOS 1 <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? TIENE HIJOS VIVOS 2 <input type="checkbox"/> Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿cuántos serían? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RANGO: ENTRE _____ Y _____ OTRA RESPUESTA _____ (ESPECIFIQUE)	

SECCION 7: ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.						
701	VEA 501 Y MARQUE: ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE 1 <input type="checkbox"/> v <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O COMPAÑERO ACTUAL O ULTIMO. </div>	SOLTERA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 712)							
702	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actual (último) esposo (compañero). ¿Fue a la escuela su esposo (compañero)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	-> 707						
703	¿Cuál fue el último año de estudios que él aprobó?	PRIMARIA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> SECUNDARIA..... SUPERIOR..... NO SABE..... 98	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>								
2	<input type="checkbox"/>								
3	<input type="checkbox"/>								
707	¿Cuál es (era) la principal ocupación que su esposo (compañero) tiene (tenía)? INDAGUE: ¿Que cosas hace (hacia), que tareas realiza (ba) él principalmente en su trabajo? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> NO TRABAJA (BA):..... 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-> 712			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
708	MARQUE: NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN AGRICULTURA O GANADERIA 1 <input type="checkbox"/> v	TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA O GANADERIA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 710)							
709	¿Gana (ganaba) él un sueldo o salario regularmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	-> 712						
710	¿Trabaja (trabajaba) el principalmente en tierras propias, o en tierras de sus familiares, o en tierras de otros?	TIERRA PROPIA O DE LA FAMILIA..... 1 TIERRA DE OTROS..... 2 TIERRA PROPIA Y TIERRAS DE OTROS..... 3 NO SABE..... 8	-> 712						
711	¿Trabaja (trabajaba) el principalmente por dinero o trabaja (trabajaba) por una parte de las cosechas (al partir)?	DINERO..... 1 PARTE DE LAS COSECHAS O AL PARTIR..... 2 AMBOS..... 3 OTRO..... 4							

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
712	Además de ocuparse de los quehaceres domésticos, muchas mujeres trabajan para ganar dinero. ¿Trabaja usted actualmente para ganar dinero, en algún lugar que no sea un negocio familiar o una finca familiar?	SI..... 1 NO..... 2	-> 719
713	¿Cuál es su ocupación principal, es decir, que clase de trabajo hace usted? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
714	¿Cuánto gana normalmente, ya sea por hora, por día, por semana o por mes?	CANTIDAD.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR HORA..... 1 POR DIA..... 2 POR SEMANA..... 3 POR MES..... 4	
715	¿En este trabajo, usted trabaja la mayor parte del tiempo, sólo parte del tiempo, irregularmente o sólo en ciertas épocas del año?	LA MAYOR PARTE..... 1 PARTE DEL TIEMPO..... 2 IRREGULARMENTE..... 3 EN CIERTAS EPOCAS..... 4 OTROS CASOS..... 5 (ESPECIFIQUE)	
716	En un día normal, ¿cuántas horas se pasa usted trabajando?	HORAS DE TRABAJO... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
718	Cuando trabaja por dinero, ¿usted decide como usar todo ese dinero, como usar parte de ese dinero, o es alguna otra persona quien decide como usar ese dinero?	ELLA DECIDE SOBRE TODO... 1 ELLA DECIDE SOBRE PARTE... 2 OTRA PERSONA DECIDE..... 3	

719	AREAS URBANAS 1 <input type="checkbox"/>	PROSIGA CON LA PREGUNTA 721
	AREAS RURALES 2 <input type="checkbox"/>	PASE A 740

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
721	VEA 216, 217 Y 712 TIENE HIJOS DE MENOS DE 6 AÑOS QUE VIVEN CON ELLA Y TRABAJA ACTUALMENTE 1 <input type="checkbox"/>	OTROS CASOS 2 <input type="checkbox"/> → 724	
722	Mientras usted trabaja sus hijos - menores de 6 años están con usted en su lugar de trabajo generalmente, están con ud. a veces, están con usted raras veces, o nunca están con usted?	GENERALMENTE..... 1 → 724 A VECES..... 2 RARAS VECES..... 3 NUNCA..... 4	
723	¿Generalmente, quien cuida a sus hijos menores de seis años cuando usted sale a trabajar?	EL MARIDO/COMPAÑERO..... 1 OTROS NIÑOS DE LA FAMILIA.. 2 PARIENTES EN LA CASA..... 3 PARIENTES FUERA DE LA CASA. 4 AMIGOS, VECINOS..... 5 SERVICIO DOMESTICO..... 6 SERVICIO DE GUARDERIA..... 7 OTRO _____ 8 (ESPECIFIQUE)	
724	VEA 501 Y 712 ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA 1 <input type="checkbox"/>	SOLTERA TRABAJA ACTUALMENTE 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 730)	SOLTERA NO TRABAJA ACTUALMENTE 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 740)
725	¿Qué edad tenía su primer esposo o compañero cuando ustedes se casaron o unieron por primera vez?	EDAD DEL ESPOSO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
726	Antes de casarse o unirse (por primera vez); ¿Alguna vez usted trabajó regularmente para ganar dinero, en una actividad que no sea un negocio familiar o una finca familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 730	
727	¿Cuál era su ocupación principal, es decir, que clase de trabajo hacía usted? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
728	¿Trabajaba Ud. la mayor parte del tiempo, sólo parte del tiempo, irregularmente o sólo en ciertas épocas del año?	LA MAYOR PARTE..... 1 PARTE DEL TIEMPO..... 2 IRREGULARMENTE..... 3 EN CIERTAS EPOCAS..... 4 OTROS CASOS..... 5	
729	Cuando trabajaba por dinero, ¿usted decidía como usar todo ese dinero, como usar parte de ese dinero, o era alguna otra persona quien decidía como usar ese dinero?	ELLA DECIDIA SOBRE TODO... 1 ELLA DECIDIA SOBRE PARTE.. 2 OTRA PERSONA DECIDIA..... 3	

730 VEA 208 Y 712, MARQUE SEGUN CORRESPONDA:				
UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS Y TRABAJA ACTUALMENTE		UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS Y NO TRABAJA ACTUALMENTE		NINGUN HIJO NACIDO VIVO
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> → PASE A COLUMNA 2		3 <input type="checkbox"/> → PASE A 736
731	¿Ha estado usted trabajando continuamente en el mismo tipo de actividad desde que tuvo su último hijo?	SI..... 1 → COLUMNA 2 NO..... 2 → COLUMNA 1		
732 INDEPENDIEMENTE DE LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS (YA SEA QUE HAYAN NACIDO ANTES O DESPUES DE 1984), ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO HIJO EN LA COLUMNA (1), EL NOMBRE DEL PRIMERO EN LA COLUMNA (2) LOS NOMBRES DEL ULTIMO Y DEL PENULTIMO EN LA COLUMNA (3), LOS NOMBRES DEL PENULTIMO Y DEL ANTEPENULTIMO EN LA COLUMNA (4). SI LA MUJER HA TENIDO TRES HIJOS O MENOS, COMPLETE LAS COLUMNAS (3) Y (4) SOLAMENTE CUANDO CORRESPONDA.				
PREGUNTAS Y FILTROS	(1) Desde el nacimiento de <u> </u> (ULTIMO HIJO) (pero antes del trabajo que tiene actualmente)...	(2) Antes del nacimiento de <u> </u> (PRIMER HIJO) (pero despues de haberse casado o unido)...	(3) Antes del nacimiento de <u> </u> (ULTIMO HIJO) pero despues del nacimiento de <u> </u> (PENULTIMO HIJO)	(4) Antes del nacimiento de <u> </u> (PENULTIMO HIJO) pero despues del nacimiento de <u> </u> (ANTEPENULTIMO HIJO)
733 ¿...trabajó usted para ganar dinero en algún lugar que no haya sido un negocio familiar o una finca familiar?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE SGTE.COL.)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE SGTE.COL.)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE SGTE.COL.)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 740)←
734 ¿...cuál era su ocupación principal, es decir, que tipo de trabajo hacía usted?	_____	_____	_____	_____
735 ¿...trabajaba la mayor parte del tiempo, sólo parte del tiempo, irregularmente o sólo en ciertas épocas del año?	LA MAYOR PARTE...1 PARTE DEL TIEMPO...2 IRREGULARMENTE...3 CIERTAS EPOCAS...4 OTROS CASOS.....5 (PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA)	LA MAYOR PARTE...1 PARTE DEL TIEMPO...2 IRREGULARMENTE...3 CIERTAS EPOCAS...4 OTROS CASOS.....5 (PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA)	LA MAYOR PARTE...1 PARTE DEL TIEMPO...2 IRREGULARMENTE...3 CIERTAS EPOCAS...4 OTROS CASOS.....5 (PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA)	LA MAYOR PARTE...1 PARTE DEL TIEMPO...2 IRREGULARMENTE...3 CIERTAS EPOCAS...4 OTROS CASOS.....5 (PASE A LA PREGUNTA 740)
736 VEA 701 Y 712				
ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA Y NO TRABAJA ACTUALMENTE			OTRAS MUJERES	
1 <input type="checkbox"/>			2 <input type="checkbox"/> → (PASE A 740)	
737	Desde que se casó, ¿trabajó Ud. para ganar dinero en algún lugar que no haya sido un negocio familiar o una finca familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 740		
738	¿Cuál era su ocupación principal, es decir, que tipo de trabajo hacía Ud.?	_____		
739	¿Trabajaba Ud. la mayor parte del tiempo, sólo parte del tiempo, irregularmente o sólo en ciertas épocas del año?	LA MAYOR PARTE..... 1 PARTE DEL TIEMPO..... 2 IRREGULARMENTE..... 3 CIERTAS EPOCAS..... 4 OTROS CASOS..... 5		

NOTA.- La actividad a la que se hace referencia en 731 es la misma que la declarada en 713.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
740	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre seguro social... ¿está Ud. asegurada por la caja nacional de salud u otra institución de seguro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	->743
741	¿En qué seguro está Ud. inscrita?	CAJA NACIONAL DE SALUD ... 1 OTRO _____ 2 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
742	¿Quién es el trabajador que le da derecho a este seguro?	ENTREVISTADA..... 1 MARIDO/COMPAÑERO..... 2 PADRE O MADRE..... 3 OTRO _____ 4 (ESPECIFIQUE)	
743	REGISTRE LA HORA EXACTA DE TERMINACION DE LA ENTREVISTA	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

PESO Y TALLA

No. CUESTIONARIO INDIVIDUAL _____

REGISTRE EL PESO Y LA TALLA DE CADA HIJO ENTRE 3 Y 36 MESES.
REGISTRE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE ORDEN DE CADA UNO, COMENZANDO POR EL
ULTIMO O MAS PEQUEÑO.

<p>NOMBRE.....</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO</p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR.. <input type="checkbox"/></p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE.....</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO</p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR.. <input type="checkbox"/></p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE.....</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO</p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR.. <input type="checkbox"/></p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE.....</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO</p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR.. <input type="checkbox"/></p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

RESPECTO A LA PERSONA ENTREVISTADA: -----

RESPECTO A LAS PREGUNTAS: -----

OTROS ASPECTOS: -----

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA DE DATOS

