

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud.. Antes de que usted cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital o, ciudad grande, en ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL O CIUDAD GRANDE..... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 EN UN PUEBLO..... 3 EN EL CAMPO..... 4 EN EL EXTRANJERO..... 5	
102A	¿Dónde nació: en éste lugar, en otro lugar del país, o en el exterior?	EN ESTE LUGAR..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTERIOR..... 3	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en esta localidad (LUGAR DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 104B VISITANTE 96 → 104B	
103A	Entre 1999 y este año, ¿vivía en otro lugar?	SI 1 NO 2 → 104B	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿dónde vivía habitualmente ? ANOTE TEXTUALMENTE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO SI ES EN EL EXTERIOR, ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS	LOCALIDAD _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MUNICIPIO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> EXTRANJERO (PAÍS) _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
104A	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó ese lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO 01 TRASLADO DE TRABAJO 02 EDUCACIÓN 03 SALUD 04 RAZONES DE FAMILIA 05 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
104B	¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena / originario como quechua, aymara, guarani u otro?:	QUECHUA 1 AYMARA 2 GUARANI 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... 7	
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 99 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 111	
108	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó en primaria, secundaria, normal o universitaria?	NIVEL CURSO	
		PRIMARIA 1 <input type="text"/>	
		SECUNDARIA 2 <input type="text"/>	
		NORMAL..... 3 <input type="text"/>	
		UNIVERSITARIA 4 <input type="text"/>	
110	VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="text"/> ↓ OTRO NIVEL <input type="text"/> → 114		
111	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER..... 1 → 115 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA)	
112	Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetismo o algún otro programa para aprender a leer o escribir?	SI..... 1 NO..... 2 → 115	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
114	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																									
115	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																									
116	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																									
117	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más:	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center">SI</th> <th style="text-align:center">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Levantar cosas pesada?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Manejar bicicleta ?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Caminar rápidamente?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Realizar trabajos físicos fuertes?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Subir gradas o pendientes?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Bailar?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Levantar cosas livianas?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Caminar a paso regular?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>I ¿Realizar trabajos físicos livianos?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>X ¿Alguna otra?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align:center">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Levantar cosas pesada?	1	2	B ¿Manejar bicicleta ?	1	2	C ¿Caminar rápidamente?	1	2	D ¿Realizar trabajos físicos fuertes?	1	2	E ¿Subir gradas o pendientes?	1	2	F ¿Bailar?	1	2	G ¿Levantar cosas livianas?	1	2	H ¿Caminar a paso regular?	1	2	I ¿Realizar trabajos físicos livianos?	1	2	X ¿Alguna otra?	1	2		(ESPECIFIQUE)						
	SI	NO																																									
A ¿Levantar cosas pesada?	1	2																																									
B ¿Manejar bicicleta ?	1	2																																									
C ¿Caminar rápidamente?	1	2																																									
D ¿Realizar trabajos físicos fuertes?	1	2																																									
E ¿Subir gradas o pendientes?	1	2																																									
F ¿Bailar?	1	2																																									
G ¿Levantar cosas livianas?	1	2																																									
H ¿Caminar a paso regular?	1	2																																									
I ¿Realizar trabajos físicos livianos?	1	2																																									
X ¿Alguna otra?	1	2																																									
	(ESPECIFIQUE)																																										
118	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	<div style="display:inline-block; text-align:right; margin-right:10px;">→120</div> <div style="display:inline-block; text-align:right; margin-right:10px;">→120</div>																																								
119	Durante la última semana ¿diariamente cuánto tiempo realizó actividades físicas o deportivas?	10 A 30 MINUTOS 1 DE 31 MINUTOS A UNA HORA 2 MAS DE 1 HORA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4																																									
120	¿Cuánto tiempo pasa sentada diariamente ? ANOTE EL NUMERO DE HORAS SI MENOS DE 10. CIRCULE EL CODIGO 10 SI 10 HORAS O MAS	NUMERO DE HORAS <input style="width:40px;" type="text"/> 10 HORAS O MAS 10																																									
121	¿Usted cree que realizar actividades físicas diariamente es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2																																									
122	<table style="width:100%; border:none;"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?</td> <td>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....</td> <td style="text-align:center">SI</td> <td style="text-align:center">NO</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Tiene miedos sin causa aparente ?</td> <td>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas?</td> <td>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Tiene dificultades para tomar decisiones?</td> <td>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ?</td> <td>INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Llora con facilidad?</td> <td>LLORA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Se asusta con facilidad ?</td> <td>ASUSTA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>¿Se siente cansada todo el tiempo?</td> <td>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> </tbody> </table>	A	¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?	DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	SI	NO	B	¿Tiene miedos sin causa aparente ?	MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2	C	¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas?	DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2	D	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2	E	¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ?	INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA.....	1	2	F	¿Llora con facilidad?	LLORA CON FACILIDAD.....	1	2	G	¿Se asusta con facilidad ?	ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2	H	¿Se siente cansada todo el tiempo?	SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....	1	2		
A	¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?	DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	SI	NO																																							
B	¿Tiene miedos sin causa aparente ?	MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2																																							
C	¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas?	DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2																																							
D	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2																																							
E	¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ?	INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA.....	1	2																																							
F	¿Llora con facilidad?	LLORA CON FACILIDAD.....	1	2																																							
G	¿Se asusta con facilidad ?	ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2																																							
H	¿Se siente cansada todo el tiempo?	SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....	1	2																																							
123	¿Ha tenido convulsiones, ataques con mordedura de lengua y pérdida de conocimiento?	SI..... 1 NO..... 2																																									
124	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, que usted está bebiendo demasiado?	SI..... 1 NO..... 2 NO BEBE..... 3	→126																																								
125	¿Ha tenido usted alguna vez dificultades en el trabajo o estudios, a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2																																									
126	¿Fuma con frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO FUMA..... 3																																									
127	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2																																									
128	¿Oye voces que le hablan, y que otras personas no escuchan?	SI..... 1 NO..... 2																																									
129	¿Cree Usted que alguien puede manejar su mente sin que usted lo desee?	SI..... 1 NO..... 2																																									

SECCION 2. REPRODUCCION

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	De los hijos o hijas que usted tuvo, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está vivo, pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> → 211 NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226		

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.

O R D E N D E L N A C .	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR. (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
03	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
04	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
05	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
06	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
07	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
08	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2

O R D E N D E L N A C I O N	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTA VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTA VIVO REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	SI ESTA MUERTO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
10	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
11	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
12	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
13	(NOMBRE)	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE.... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
222	¿Hubo algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									SI..... 1 NO..... 2
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA									
223 A	VERIFIQUE:	PARA CADA NACIMIENTO:	SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)	<input type="checkbox"/>	PARA CADA HIJO VIVO:	SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)	<input type="checkbox"/>	PARA CADA HIJO MUERTO:	SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)	<input type="checkbox"/>
223 B	VEA 220:	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ANOTO 12 EN MESES O 01 EN AÑOS,	ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.	1. _____	2. _____	3. _____				
223 C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió?	CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
224	VERIFIQUE 215, CIRCULE EL NUMERO DE ORDEN DE LOS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1998 Y ANOTE EL NUMERO EN LA CASILLA:	SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 226.	<input type="checkbox"/>							
225	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1998 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO.(NOTA: EL NUMERO DE LETRAS 'E' SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229 229
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Quando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	238
230	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
230 A	¿Ese embarazo terminó en pérdida, aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3 PERDIDA 4	
231	VERIFIQUE 230; UTLIMA TERMINACION OCURRIO EN 1998 O DESPUÉS ÚLTIMA TERMINACION <input type="text"/> EN 1998 O DESPUÉS	ÚLTIMA TERMINACIÓN <input type="text"/> ANTES DE 1998	238
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/>	
232A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto después de enero de 1998?	SI..... 1 NO..... 2	238
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 1998 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero de 1998?	SI..... 1 NO..... 2	238
236	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos que terminó antes de enero de 1998?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
237	¿Cuántos meses duró ese embarazo que terminó antes de enero de 1998? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/>	
237 A	¿Ese embarazo terminó en pérdida, aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3 PERDIDA 4	
238	VEA LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA NACIDOS VIVOS, EMBARAZOS O TERMINACIONES A PARTIR DE ENERO DE 1998 NACIDOS VIVOS O TERMINACIONES <input type="text"/> ESTA EMBARAZADA <input type="text"/> OTRAS CONDICIONES <input type="text"/>		251
240	¿A raíz de su último (o actual) embarazo, tuvo algún problema de salud: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto o terminación? C ¿Después del parto o terminación?	SI NO NS/NR DURANTE EL EMBARAZO 1 2 8 DURANTE EL PARTO O TERMINACION .. 1 2 8 DESPUES D EL PARTO O TERMINACION 1 2 8	
240D	VEA 240 ALGÚN "SI" <input type="text"/>	NINGÚN "SI" <input type="text"/>	251

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
241	Que tipo de problema de salud tuvo:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?</td> <td>DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿Visión borrosa o como estrellitas?</td> <td>VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿Presión arterial elevada?</td> <td>PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Ataques o convulsiones?</td> <td>ATAQUES O CONVULSIONES..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E ¿Pérdida de la conciencia?</td> <td>PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F ¿Fiebre o calentura?</td> <td>PIEBRE O CALENTURA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G ¿Infección en la matriz?</td> <td>INFECCION EN LA MATRIZ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?</td> <td>FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I ¿Dolor o ardor al orinar?</td> <td>DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?</td> <td>PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?</td> <td>PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L ¿La placenta no podía salir?</td> <td>LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M ¿Desgarros genitales en el parto?</td> <td>DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>N ¿El bebé estaba mal acomodado?</td> <td>BEBE MAL ACOMODADO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>O ¿El parto duró mas de 12 horas?</td> <td>PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto?</td> <td>SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X Otro no mencionado?</td> <td>OTRO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS/NR	A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?	DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1	2	8	B ¿Visión borrosa o como estrellitas?	VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1	2	8	C ¿Presión arterial elevada?	PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1	2	8	D ¿Ataques o convulsiones?	ATAQUES O CONVULSIONES..... 1	2	8	E ¿Pérdida de la conciencia?	PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1	2	8	F ¿Fiebre o calentura?	PIEBRE O CALENTURA..... 1	2	8	G ¿Infección en la matriz?	INFECCION EN LA MATRIZ..... 1	2	8	H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?	FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1	2	8	I ¿Dolor o ardor al orinar?	DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1	2	8	J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?	PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1	2	8	K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?	PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1	2	8	L ¿La placenta no podía salir?	LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1	2	8	M ¿Desgarros genitales en el parto?	DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1	2	8	N ¿El bebé estaba mal acomodado?	BEBE MAL ACOMODADO..... 1	2	8	O ¿El parto duró mas de 12 horas?	PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1	2	8	P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto?	SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1	2	8	X Otro no mencionado?	OTRO..... 1	2	8	
	SI	NO	NS/NR																																																																								
A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?	DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1	2	8																																																																								
B ¿Visión borrosa o como estrellitas?	VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1	2	8																																																																								
C ¿Presión arterial elevada?	PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1	2	8																																																																								
D ¿Ataques o convulsiones?	ATAQUES O CONVULSIONES..... 1	2	8																																																																								
E ¿Pérdida de la conciencia?	PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1	2	8																																																																								
F ¿Fiebre o calentura?	PIEBRE O CALENTURA..... 1	2	8																																																																								
G ¿Infección en la matriz?	INFECCION EN LA MATRIZ..... 1	2	8																																																																								
H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?	FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1	2	8																																																																								
I ¿Dolor o ardor al orinar?	DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1	2	8																																																																								
J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?	PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1	2	8																																																																								
K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?	PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1	2	8																																																																								
L ¿La placenta no podía salir?	LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1	2	8																																																																								
M ¿Desgarros genitales en el parto?	DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1	2	8																																																																								
N ¿El bebé estaba mal acomodado?	BEBE MAL ACOMODADO..... 1	2	8																																																																								
O ¿El parto duró mas de 12 horas?	PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1	2	8																																																																								
P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto?	SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1	2	8																																																																								
X Otro no mencionado?	OTRO..... 1	2	8																																																																								
242	¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para esos problemas?	<table border="0"> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	244																																																																				
SI.....	1																																																																										
NO.....	2																																																																										
243	Buscó atención o ayuda:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>A ¿Del personal de un servicio de salud?</td> <td>PERSONAL DE SALUD..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?</td> <td>PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?</td> <td>AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Se atendió usted misma?</td> <td>ELLA SOLA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	A ¿Del personal de un servicio de salud?	PERSONAL DE SALUD..... 1	2	8	B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?	PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1	2	8	C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?	AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1	2	8	D ¿Se atendió usted misma?	ELLA SOLA..... 1	2	8																																																					
	SI	NO	NS																																																																								
A ¿Del personal de un servicio de salud?	PERSONAL DE SALUD..... 1	2	8																																																																								
B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?	PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1	2	8																																																																								
C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?	AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1	2	8																																																																								
D ¿Se atendió usted misma?	ELLA SOLA..... 1	2	8																																																																								
243E	VEA : PREG. 243D = 1 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>PREG. 243A = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>247</td> </tr> <tr> <td>PREG. 243B = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>245</td> </tr> <tr> <td>PREG. 243C = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>246</td> </tr> <tr> <td>OTRAS RESPUESTAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	PREG. 243A = 1	<input type="checkbox"/>	247	PREG. 243B = 1	<input type="checkbox"/>	245	PREG. 243C = 1	<input type="checkbox"/>	246	OTRAS RESPUESTAS	<input type="checkbox"/>																																																														
PREG. 243A = 1	<input type="checkbox"/>	247																																																																									
PREG. 243B = 1	<input type="checkbox"/>	245																																																																									
PREG. 243C = 1	<input type="checkbox"/>	246																																																																									
OTRAS RESPUESTAS	<input type="checkbox"/>																																																																										
244	¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda? SI MENCIONA VARIAS SONDEAR PARA DETERMINAR LA RAZÓN PRINCIPAL	<table border="0"> <tr> <td>ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NO ERA NECESARIO.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>ERA DE NOCHE.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>OTRA RAZÓN.....</td> <td>96</td> </tr> </table>	ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA.....	01	NO ERA NECESARIO.....	02	NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR.....	03	ERA DE NOCHE.....	04	NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS.....	05	NO TENIA DINERO.....	06	ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE.....	07	OTRA RAZÓN.....	96																																																									
ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA.....	01																																																																										
NO ERA NECESARIO.....	02																																																																										
NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR.....	03																																																																										
ERA DE NOCHE.....	04																																																																										
NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS.....	05																																																																										
NO TENIA DINERO.....	06																																																																										
ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE.....	07																																																																										
OTRA RAZÓN.....	96																																																																										
245	¿Por qué no pensó acudir a un servicio de salud?	<table border="0"> <tr> <td>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>SABEMOS QUE TRATAN MAL.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>EL SERVICIO ES CARO.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>OTRA RAZÓN.....</td> <td>96</td> </tr> </table>	EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....	01	SABEMOS QUE TRATAN MAL.....	02	NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS.....	03	EL SERVICIO ES CARO.....	04	NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD.....	05	OTRA RAZÓN.....	96	250																																																												
EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....	01																																																																										
SABEMOS QUE TRATAN MAL.....	02																																																																										
NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS.....	03																																																																										
EL SERVICIO ES CARO.....	04																																																																										
NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD.....	05																																																																										
OTRA RAZÓN.....	96																																																																										
246	¿Qué hizo o qué tipo de ayuda o tratamiento recibió? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Alguna otra ayuda o tratamiento más?	<table border="0"> <tr> <td>MASAJES.....</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>MANTEO.....</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>MATES CASEROS.....</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>INYECCIONES.....</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>TABLETAS O PASTILLAS.....</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>SAHUMERIO.....</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>BAÑOS DE HIERBAS.....</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>OTRA AYUDA O TRATAMIENTC.....</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO/NADA.....</td> <td>Y</td> </tr> </table>	MASAJES.....	A	MANTEO.....	B	MATES CASEROS.....	C	INYECCIONES.....	D	(ESPECIFIQUE)		TABLETAS O PASTILLAS.....	E	(ESPECIFIQUE)		SAHUMERIO.....	F	BAÑOS DE HIERBAS.....	G	OTRA AYUDA O TRATAMIENTC.....	X	(ESPECIFIQUE)		NINGUNO/NADA.....	Y	250																																																
MASAJES.....	A																																																																										
MANTEO.....	B																																																																										
MATES CASEROS.....	C																																																																										
INYECCIONES.....	D																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																											
TABLETAS O PASTILLAS.....	E																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																											
SAHUMERIO.....	F																																																																										
BAÑOS DE HIERBAS.....	G																																																																										
OTRA AYUDA O TRATAMIENTC.....	X																																																																										
(ESPECIFIQUE)																																																																											
NINGUNO/NADA.....	Y																																																																										
247	¿Tuvo alguna dificultad para llegar hasta el Servicio de Salud? SI LA RESPUESTA ES 'SI', PREGUNTE: ¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?	<table border="0"> <tr> <td>NINGUNA DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE TRANSPORTE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MAL ESTADO DE LOS CAMINOS.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>OTRA DIFICULTAD.....</td> <td>6</td> </tr> </table>	NINGUNA DIFICULTAD.....	1	FALTA DE TRANSPORTE.....	2	MAL ESTADO DE LOS CAMINOS.....	3	EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....	4	OTRA DIFICULTAD.....	6	249																																																														
NINGUNA DIFICULTAD.....	1																																																																										
FALTA DE TRANSPORTE.....	2																																																																										
MAL ESTADO DE LOS CAMINOS.....	3																																																																										
EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....	4																																																																										
OTRA DIFICULTAD.....	6																																																																										
248	¿Cuál fue el principal problema que tuvo en el servicio cuando solicitó la atención en el servicio salud?	<table border="0"> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>TARDARON EN ATENDERNOS.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NOS TRATARON MAL.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA PERSONAL.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>NO QUISIERON ATENDERNOS.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>OTRO PROBLEMA.....</td> <td>96</td> </tr> </table>	NINGUNO.....	01	TARDARON EN ATENDERNOS.....	02	NOS TRATARON MAL.....	03	NO HABÍA PERSONAL.....	04	NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS.....	05	NO QUISIERON ATENDERNOS.....	06	NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD.....	07	OTRO PROBLEMA.....	96																																																									
NINGUNO.....	01																																																																										
TARDARON EN ATENDERNOS.....	02																																																																										
NOS TRATARON MAL.....	03																																																																										
NO HABÍA PERSONAL.....	04																																																																										
NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS.....	05																																																																										
NO QUISIERON ATENDERNOS.....	06																																																																										
NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD.....	07																																																																										
OTRO PROBLEMA.....	96																																																																										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																	
249	Cuáles de los siguientes tratamientos le dieron para su problema de salud:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Antibióticos en inyección?</td> <td>ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Antibióticos por la vía oral?</td> <td>ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Analgésicos (calmantes)?</td> <td>ANALGÉSICOS (CALMANTES)..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Líquidos por vena?</td> <td>LÍQUIDOS POR VENA..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Transfusión de sangre?</td> <td>TRANSFUSIÓN DE SANGRE..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>OTRO TRATAMIENTO MEDICO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Legrado?</td> <td>LEGRADO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>¿Cesárea?</td> <td>CESAREA..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>OTRA CIRUGIA..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>¿Ninguno?</td> <td>NINGUNO..... 1 2</td> </tr> </table>		SI	NO	A	¿Antibióticos en inyección?	ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN..... 1 2	B	¿Antibióticos por la vía oral?	ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL..... 1 2	C	¿Analgésicos (calmantes)?	ANALGÉSICOS (CALMANTES)..... 1 2	D	¿Líquidos por vena?	LÍQUIDOS POR VENA..... 1 2	E	¿Transfusión de sangre?	TRANSFUSIÓN DE SANGRE..... 1 2	F	¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE)	OTRO TRATAMIENTO MEDICO..... 1 2	G	¿Legrado?	LEGRADO..... 1 2	H	¿Cesárea?	CESAREA..... 1 2	I	¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE)	OTRA CIRUGIA..... 1 2	J	¿Ninguno?	NINGUNO..... 1 2	
	SI	NO																																		
A	¿Antibióticos en inyección?	ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN..... 1 2																																		
B	¿Antibióticos por la vía oral?	ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL..... 1 2																																		
C	¿Analgésicos (calmantes)?	ANALGÉSICOS (CALMANTES)..... 1 2																																		
D	¿Líquidos por vena?	LÍQUIDOS POR VENA..... 1 2																																		
E	¿Transfusión de sangre?	TRANSFUSIÓN DE SANGRE..... 1 2																																		
F	¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE)	OTRO TRATAMIENTO MEDICO..... 1 2																																		
G	¿Legrado?	LEGRADO..... 1 2																																		
H	¿Cesárea?	CESAREA..... 1 2																																		
I	¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE)	OTRA CIRUGIA..... 1 2																																		
J	¿Ninguno?	NINGUNO..... 1 2																																		
250	¿Considera que el problema que tuvo fue poco grave, más o menos grave o muy grave?	POCO GRAVE..... 1 MAS O MENOS GRAVE..... 2 MUY GRAVE..... 3																																		
251	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 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> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996																																		
252	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 → 254 NO SABE..... 8 → 254																																		
253	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE..... 8																																		
254	¿Se ha realizado el Papanicolau (PAP) en los últimos tres años?	SI..... 1 NO..... 2 → 259 NO RECUERDA/NO SABE..... 8 → 259																																		
255	¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolau (PAP) en los últimos tres años?	NRO. DE VECES..... <input type="text"/>																																		
256	¿En la última prueba, cuál fue el resultado? _____ ANOTE LA RESPUESTA DE MANERA TEXTUAL	POSITIVO..... 1 NEGATIVO..... 2 INFECCION..... 3 NO TENIA NADA..... 4 → 259 NO RECOGIÓ EL RESULTADO..... 5 NO SABE..... 8																																		
257	Como resultado de lo que le dijeron:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Fue a otro servicio de salud?</td> <td>FUE A OTRO SERVICIO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Se hizo otros exámenes?</td> <td>OTROS EXÁMENES..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Siguió algún tratamiento?</td> <td>TRATAMIENTO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días?</td> <td>REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE..... 1 → 257F 2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Repitió el Papanicolau en un año o más?</td> <td>REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS..... 1 2</td> </tr> </table>		SI	NO	A	¿Fue a otro servicio de salud?	FUE A OTRO SERVICIO..... 1 2	B	¿Se hizo otros exámenes?	OTROS EXÁMENES..... 1 2	C	¿Siguió algún tratamiento?	TRATAMIENTO..... 1 2	D	¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días?	REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE..... 1 → 257F 2	E	¿Repitió el Papanicolau en un año o más?	REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS..... 1 2																
	SI	NO																																		
A	¿Fue a otro servicio de salud?	FUE A OTRO SERVICIO..... 1 2																																		
B	¿Se hizo otros exámenes?	OTROS EXÁMENES..... 1 2																																		
C	¿Siguió algún tratamiento?	TRATAMIENTO..... 1 2																																		
D	¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días?	REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE..... 1 → 257F 2																																		
E	¿Repitió el Papanicolau en un año o más?	REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS..... 1 2																																		
257F	VEA PREG. 257: ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	→ 259																																	
258	¿Cumplió usted con lo que le indicaron? SI LA RESPUESTA ES 'NO' SONDEE: ¿Por qué no?	SI..... 1 NO/NO PLANEA/NO PUEDE/NO QUIERE... 2 NO PERO PLANEA CUMPLIR..... 3 ES COSTOSO..... 4																																		
259	¿Sabe para qué se realiza el Papanicolaou (PAP)? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Para algo más?	PARA DETECTAR CANCER DE CUELLO DE ÚTERO..... A PARA DETECTAR INFECCIONES..... B PARA DETECTAR OTRAS ENFERMEDADES..... C PARA DETECTAR CÁNCER DE LA MUJER..... D PARA CURAR EL CÁNCER U OTRAS ENFERMEDADES..... E OTRO _____ (ESPECIFIQUE) X NO SABE..... Z																																		
260	En algún momento, ¿un trabajador de salud le ofreció realizarle el Papanicolaou (PAP)?	SI..... 1 NO..... 2																																		
261	¿Conoce usted alguna persona, hermana, familiar, amiga o vecina que ha fallecido por cáncer de cuello uterino?	SI..... 1 NO..... 2 → 301																																		
262	¿Cuántas mujeres conoce que hayan fallecido por cáncer de cuello uterino?	NRO. PERSONAS..... <input type="text"/>																																		

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.		
301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?
01] ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2 →	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02] ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2 →	¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03] PASTILLAS /PÍLDORAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
04] DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
05] INYECCIONES (DEPO - PROVERA) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
06] NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
07] CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
08] CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
09] MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
10] MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
11] RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada .	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
12] RETIRO (COITO INTERRUMPIDO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
13] MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR) Apropiado para mujeres cuyos ciclos menstruales varían entre 28 días. El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que pueden tener relaciones.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
14] ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2 →	SI..... 1 NO..... 2
15] OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
303	VERIFIQUE 302: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/>	307
304	¿Alguna vez, usted o su pareja han usado algún método o han tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	329
306	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301 SI ES NECESARIO)	_____	
307	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	311A
309	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	329
310	¿Actualmente está usted o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	329
311	¿Qué método está(an) usando? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... I MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... J RITMO..... K DÍAS FIJOS (COLLAR)..... L RETIRO..... M OTRO MÉTODO:..... X (ESPECIFIQUE)	313 313 316A
311A	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
313	¿Dónde tuvo lugar la operación? SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PUBLICO O PRIVADO _____	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	
314	VERIFIQUE 311 Y 311A: CÓDIGO 'A' (ESTERILIZACIÓN FEMENINA) MARCADO) <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'B' (ESTERILIZACIÓN MASCULINA) MARCADO) <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
	Antes de su operación/ esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación?	Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo / compañero que no podría tener más hijos después de la operación?	
316	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron / esterilizaron?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
316A	En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	FASE A PREG.
317	VERIFIQUE 316 Y 316A, FECHA CUANDO EMPEZO A USAR: DESPUÉS DE ENERO DE 1998 <input type="checkbox"/>	ANTES DE ENERO DE 1998 <input type="checkbox"/>	327
319	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 RETIRO..... 13 OTRO MÉTODO: 96 (ESPECIFIQUE)	322 331 320A 331 331 331
320	¿En dónde obtuvo usted (MÉTODO ACTUAL), que está usando actualmente, la primera vez? SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PUBLICO O PRIVADO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULT. DE CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 18 PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... 19 MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/NATURISTA/JAMPURI/QOLLIRI)..... 20 FARMACIA..... 21 AMIGO/FAMILIAR..... 22 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	320A
321	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10	328 325 325 325
322	Cuando usted obtuvo (METODO) en (FUENTE DE 313 O 320), ¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	SI..... 1 NO..... 2	324
323	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?	SI..... 1 NO..... 2	325
324	¿Le dijeron qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema por uso del método?	SI..... 1 NO..... 2	
325	VERIFIQUE 322: ALGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO NINGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO Antes de empezar a usar el método ¿le hablaron en ese momento de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar? Cuando Ud. obtuvo el método actual, le hablaron de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	327
326	¿Alguna vez un trabajador de salud o de planificación familiar le habló sobre otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	
327	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTES 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 RETIRO..... 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	331 331

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1998	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998 → PASE A 490		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno			
403	VEA EN 212 Y 215 ANOTE DE LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1998, NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
404	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento , quería esperar hasta más adelante , o no quería tener más hijos ?	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿Vio a alguien para control de embarazo o atención prenatal?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 415) ←		
407A	¿A quien vio para el control de embarazo o atención prenatal? INDAGUE: ¿Alguien más?	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA D ESPOSO /COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE)		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando Vio a alguien para control de embarazo o control prenatal por primera vez?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
409	¿Cuántas visitas de control de embarazo (atención prenatal) tuvo durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE VISITAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
410	VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 412)		
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control prenatal por última vez?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
412	En sus controles le hicieron algo de lo siguiente:	SI NO		
A	¿La pesaron?	PESARON..... 1 2		
B	¿La midieron (talla)?	LA MIDIERON..... 1 2		
C	¿Le tomaron la presión arterial?	PRESIÓN ARTERIAL..... 1 2		
D	¿Le hicieron un examen de orina?	EXAMEN DE ORINA..... 1 2		
E	¿Le hicieron un examen de sangre?	EXAMEN DE SANGRE..... 1 2		
F	¿Le midieron la barriga?	BARRIGA..... 1 2		
G	¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	LATIDOS BEBE..... 1 2		
413	¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 415) ←		
414	¿Le dijeron a donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO SE ACUERDA..... 8		
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 417) ←		
416	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa inyección?	VECES / DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
417	Durante ese embarazo, ¿Tomó hierro en pastilla o recibió inyecciones de hierro (sulfato ferroso)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←		
418	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días recibió hierro en inyección o pastillas? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	TOTAL DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
419	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
420	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
423	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
424	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←
425	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? SOLICITE QUE LE MUESTRE LA TARJETA DE SALUD Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA/ 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
427	¿Dónde usted tuvo el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←
428	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←
429	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún profesional de la salud o partera le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
430	¿A los cuántos días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
431	¿Quién la atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MAS CAPACITADA	MÉDICO 01 ENFERMERA..... 02 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 03 PARTERA 04 FAMILIAR / AMIGA..... 05 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
432	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
433	Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2		
434	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2 (PASE A 437) ←		
435	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←
436	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
437	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 439)		
438	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←		
439	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
440	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←
441	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←
443	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	AGUA SOLA A AGUA AZUCARADA B JUGO C MATES D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	AGUA SOLA A AGUA AZUCARADA B JUGO C MATES D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	AGUA SOLA A AGUA AZUCARADA B JUGO C MATES D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
444	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446)
445	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2
446	¿Durante cuántos meses le dio usted el pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
447	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 450) (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 450) (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 450) (PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 454)
448	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m.) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
449	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer (6a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
450	¿En el día de ayer o en la noche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
451	¿Se agregó azúcar a algún alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
451A	¿Se agregó sal o algún otro alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
452	¿Durante el día de ayer y por la noche cuántas veces le dio a (NOMBRE) alimentos semi-sólidos (puré, papillas) y sólidos? SI 7 VECES O MÁS, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8
453		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 454

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

454	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE HISTORIA DE NACIMIENTOS, DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIOS ADICIONALES PARA CADA UNO.			
455	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
456	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)
457	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A en los últimos 6 meses? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←
458	¿Tiene usted el Carnet de Salud Infantil, comprobante de vacunación u otro carnet de vacunación? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE..... 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE..... 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE..... 3
459	¿Tuvo usted alguna vez el Carnet de salud infantil o comprobante de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←
460	1) COPIE DEL CARNET DE VACUNACIÓN Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI EL CARNET DE SALUD INFANTIL MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
461	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en este carnet de salud infantil o comprobante, incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación? INSTRUCCION:	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DIA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DIA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DIA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
462	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
463A	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←
463C	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO, fue cuando nació o mas adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2
463D	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
463E	¿Recibió la vacuna DPT / PENTA, que es una inyección que se pone en las nalgas o en el muslo, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←
463F	¿Cuántas veces le dieron DPT/PENTA?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
463G	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el SARAMPIÓN / SRP?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463H	¿Recibió (NOMBRE) jarabe de hierro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
466	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
467	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←
468	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y rápidas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
469	VERIFIQUE 466 Y 467: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475)
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←
471	¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la fiebre o tos? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ANOTE TODOS LOS LUGARES/	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... J FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... H MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... I FARMACIA..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... H MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... I FARMACIA..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
475	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←
476	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8
477	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dió más o le dió menos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
478	Le dió a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida? B ¿Suero casero de agua, sal y azúcar?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 SUERO CASERO..... 1 2 8
479	¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea a (NOMBRE) distinto a los sueros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←
480	¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS..... D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS..... D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS..... D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←
482	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI..... J FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI..... J FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI..... J FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)
483		REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 484

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
484	VERIFIQUE 215 Y 218 : NUMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 1998 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE <input type="text"/> DEL MÁS PEQUEÑO	NINGUNO <input type="checkbox"/> → 487																												
485	¿Qué pasa usualmente con las materiales fecales (caca) de (NOMBRE) cuando éste no usa el sanitario?	SIEMPRE USA SANITARIO/LETRINA/WATER..... 01 LA TIRA EN EL SANITARIO/LETRINA/WATER..... 02 LO ECHA AL BASURERO PUBLICO 03 LA TIRA FUERA DEL PATIO 04 LA ENTIERRA EN EL PATIO 05 LE ECHA AGUA 06 SE DEJA AHÍ/ NO HACE NADA 07 USA PAÑALES 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																												
486	VERIFIQUE 478A , TODOS LOS NIÑOS (AS): NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL <input type="checkbox"/> → 488																												
487	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																												
488	VERIFIQUE 218 : ENTREVISTADA TIENE NIÑOS(AS) QUE VIVEN CON ELLA UNO O MÁS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/> → 490																												
489	Cuando (su hijo/uno de sus hijos) está seriamente enfermo, ¿Es usted misma quien decide si es necesario llevarlo al médico?	SI..... 1 SI, EN PAREJA..... 2 DEPENDE..... 3 NO..... 4																												
490	Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para Ud. es un gran problema o no lo es , lo siguiente: A ¿Saber adónde ir? B ¿Conseguir permiso para ir? C ¿Conseguir dinero para el tratamiento? D ¿La lejanía de los servicios médicos? E ¿No contar con movilidad para transportarse? F ¿Ir sola? G ¿Que sólo son hombres quienes atiendan? H ¿Las responsabilidades domésticas y/o cuidado de los hijos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GRAN PROBLEMA</th> <th>NO ES GRAN PROBLEMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SABE A DONDE IR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSIGUE PERMISO PARA IR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONSIGUE DINERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>IR SOLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SOLO ATIENDEN HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABILIDADES DOMESTICAS...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GRAN PROBLEMA	NO ES GRAN PROBLEMA	SABE A DONDE IR.....	1	2	CONSIGUE PERMISO PARA IR.....	1	2	CONSIGUE DINERO.....	1	2	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....	1	2	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....	1	2	IR SOLA.....	1	2	SOLO ATIENDEN HOMBRES.....	1	2	RESPONSABILIDADES DOMESTICAS...	1	2	
	GRAN PROBLEMA	NO ES GRAN PROBLEMA																												
SABE A DONDE IR.....	1	2																												
CONSIGUE PERMISO PARA IR.....	1	2																												
CONSIGUE DINERO.....	1	2																												
LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS.....	1	2																												
MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.....	1	2																												
IR SOLA.....	1	2																												
SOLO ATIENDEN HOMBRES.....	1	2																												
RESPONSABILIDADES DOMESTICAS...	1	2																												
491	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NUMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 1998 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/> → 495 REGISTRE EL NOMBRE DEL NIÑO DE MAS CORTA EDAD QUE AUN VIVE CON ELLA EN LAS PREGUNTAS 492A Y 492B																												
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer. PARA CADA LIQUIDO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA 492A PARA LOS "ÚLTIMOS 7 DÍAS" Y A CONTINUACIÓN 492B PARA "AYER/NOCHE" SI NO TOMO ESE LIQUIDO, ANOTE "0" Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE LIQUIDO. SI TOMO 7 O MAS VECES, ANOTE "7" SI NO SABE, ANOTE "8"	<table border="1"> <thead> <tr> <th>492A ÚLTIMOS 7 DÍAS</th> <th>492B AYER/NOCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)</td> <td>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)</td> </tr> <tr> <td>A <input type="text"/></td> <td>A <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B <input type="text"/></td> <td>B <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="text"/></td> <td>C <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D <input type="text"/></td> <td>D <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E <input type="text"/></td> <td>E <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	492A ÚLTIMOS 7 DÍAS	492B AYER/NOCHE	¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	B <input type="text"/>	B <input type="text"/>	C <input type="text"/>	C <input type="text"/>	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>														
492A ÚLTIMOS 7 DÍAS	492B AYER/NOCHE																													
¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)																													
A <input type="text"/>	A <input type="text"/>																													
B <input type="text"/>	B <input type="text"/>																													
C <input type="text"/>	C <input type="text"/>																													
D <input type="text"/>	D <input type="text"/>																													
E <input type="text"/>	E <input type="text"/>																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
493	<p>Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE) ha recibido durante los últimos 7 días, incluyendo el día de ayer. PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO 493A Y DESPUÉS 493B</p> <p>SI NO COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". SI COMIÓ 7 VECES O MÁS, ANOTE "7" SI NO SABE, ANOTE "8".</p>	<p style="text-align: center;">493A</p> <p style="text-align: center;">ÚLTIMOS 7 DÍAS</p> <p>¿Cuántos días durante los últimos 7 días _____ (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?</p>	<p style="text-align: center;">493B</p> <p style="text-align: center;">AYER/NOCHE</p> <p>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dio de comer a _____ (NOMBRE) este alimento?</p>	
A	¿Arroz, maíz, avena, trigo y cebada como pan, tallarines o fideos, galletas, tamales, o cualquier comida hecha de cereal?	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	
B	¿Camote, zanahoria?	B <input type="text"/>	B <input type="text"/>	
C	¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca)?	C <input type="text"/>	C <input type="text"/>	
D	¿Hojas verdes oscuras, como apio, espinaca, hojas de acelga, culandro, yerba buena o brócoli?	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	
E	¿Mango maduro, papaya madura, melocotones?	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>	
F	¿Otras frutas y vegetales como banano, plátano maduro, manzana, tomate, limón, lima, naranja, mandarina, guayaba, uva, piña, coliflor?	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	
G	¿Carnes de res, pollo, pescado, huevos, hígado, riñón, corazón, jamón, mortadela?	G <input type="text"/>	G <input type="text"/>	
H	¿Frijoles rojos, negros o blancos, lenteja, soya, garbanzo?	H <input type="text"/>	H <input type="text"/>	
I	¿Queso, cuajada, yogurt, leche agria?	I <input type="text"/>	I <input type="text"/>	
J	¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca, mantequilla, margarina, mayonesa?	J <input type="text"/>	J <input type="text"/>	

SECCIÓN 4C. SEGURO DE SALUD-SUMI

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
495	¿Conoce o ha oído hablar del Seguro Básico de Salud (SBS)?	SI..... 1 NO..... 2	498
496	¿Cómo se ha enterado del Seguro Básico de Salud? INDAGUE: ¿Alguna otra fuente? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS FUENTES MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISIÓN..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES/INSTITUCIONEL DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELA/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
497	¿Qué establecimientos de salud prestaban los servicios del Seguro Básico de Salud? INDAGUE: ¿Algún otro más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLÍNICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	498
497A	¿Ha utilizado el Seguro Básico de Salud?	SI..... 1 NO..... 2	497D
497B	¿Cómo calificaría usted la atención que recibió en el Seguro Básico de Salud: buena, regular o mala?	BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3	498 498
497C	¿Cuales fueron las razones por la que le atendieron mal? INDAGUE: ¿Alguna razón más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... F OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	498
497D	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Básico de Salud?	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... 01 NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... 02 PERSONAL POCO AMABLE..... 03 PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... 04 PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... 05 EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... 06 EL LUGAR QUEDABA MUY LEJOS..... 07 NO ABRIAN TODOS LOS DÍAS..... 08 HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... 09 NO TENIA DINERO..... 10 NO NECESITE..... 11 NO CONOCE..... 12 NO ES BENEFICIARIA..... 13 OTRA RAZÓN..... 96 (ESPECIFIQUE)	
498	¿Conoce o ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil o SUMI?	SI..... 1 NO..... 2	500
498A	¿Qué personas se benefician con el SUMI? INDAGUE: ¿Alguien más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MUJERES EMBARAZADAS..... A MUJERES HASTA SEIS MESES DESPUÉS DEL PARTO..... B NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS..... C NIÑOS (AS) MAYORES DE 5 AÑOS..... D HOMBRES..... E MUJERES..... F ANCIANAS/ANCIANOS..... G OTRAS..... X (ESPECIFIQUE)	
498B	¿Sabe que el SUMI tiene una atención universal a mujeres embarazadas y hasta 6 meses despues del parto y a niños menores de 5 años?	SI..... 1 NO..... 2	
499	¿Usted o algún familiar (mujeres embarazadas hasta 6 meses despues del parto o menores de 5 años) han recibido atención de salud desde enero del 2003?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG
500	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	SI NO NIÑOS (AS) MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO/MARIDO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
501	¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 → SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 → NO, NO EN UNIÓN..... 3	505 505
502	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	SI, ESTUVO CASADA..... 1 → SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 → NO..... 3	504 510
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1998		
503A	PASE A _____		514
504	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 } SEPARADA..... 2 } DIVORCIADA..... 3 }	510
505	¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
506	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
510	¿Ha estado usted casada o en unión libre con un hombre, sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
511	VERIFIQUE 510: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ:</p> <p>↓</p> <p>¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo o compañero?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ:</p> <p>↓</p> <p>En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?</p> </div> </div>	MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	513
512	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
513	DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNIÓN DESDE ENERO DE 1998. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNIÓN, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1998. PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN O CON MÁS DE UNA UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACIÓN/DIVORCIO Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN SUBSECUENTE PARA MUJERES CON MÁS DE UNA UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNIÓN ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES		
514	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA HA TENIDO00 → EDAD EN AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95	524
515	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA, PERO SI LA RESPUESTA EQUIVALE A 12 MESES O MAS, ANOTE EN "AÑOS"	DÍAS..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SEMANAS..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES..... 3 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS..... 4 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> →	524
516	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
517	¿Cuál es su relación con el hombre con quien tuvo su última relación sexual? SI ES EL "NOVIO/PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con usted cuando tuvo su última relación sexual? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO..... 02 NOVIO/PROMETIDO..... 03 AMIGO..... 04 CONOCIDO CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADOR SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	519
518	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
519	Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?	SI..... 1 NO..... 2	524
520	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa otra persona, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	
521	¿Cuál es (era) su relación con esa otra persona es decir, quién es (era) esa otra persona? SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con usted cuando tuvo su última relación sexual con usted? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO 01 EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO 02 NOVIO/PROMETIDO..... 03 AMIGO..... 04 CONOCIDO CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADOR SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	522/
522	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
522A	Aparte de esas dos personas ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	524
523	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	NÚMERO DE PAREJAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
524	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	601
525	¿Cuál es ese lugar? INDAGUE: ¿Alguno otro más? ANOTE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... C CLÍNICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... J FARMACIA..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	
526	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA 8	

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		614
602	VERIFIQUE 226: 226=2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=1 Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO 2 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 614 INDECISA/NO SABE, ENTRE: NO EMBARAZADAS O INSEGURA..... 4 → 608 ENTRE EMBARAZADAS..... 5 → 610	
603	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 → 609 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: _____ 996 → 609 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	
604	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		610
605	VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		608
606	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 603. QUIERE ESPERAR: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> MENOS DE 24 MESES; 00-01 AÑOS <input type="checkbox"/>		610
607	VERIFIQUE 602: QUIERE TENER (UN/ OTRO) HIJO DESPUÉS <input type="checkbox"/> 602=1 Usted me dijo que quería un (otro) hijo después , pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón? NO QUIERE MÁS HIJOS <input type="checkbox"/> 602=2 Usted me dijo que no quería tener (más) hijos , pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando método? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO EN UNIÓN A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA..... D → 609 INFERTILIDAD MUJER..... E → 609 INFERTILIDAD HOMBRE..... F → 609 AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... N NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... O RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q USO INCONVENIENTE..... R INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... T MUY COSTOSO..... U OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
608	Si en las semanas siguientes usted descubriera que está embarazada, ¿para usted sería esto un gran problema, un pequeño problema, o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/SIN RELACIONES..... 4	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
609	VERIFIQUE EN 310 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		614
610	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	612 612
611	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 DIAFRAGMA..... 09 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 13 RETIRO..... 14 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA/NO SABE..... 98	614
612	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FREC..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	VERIFIQUE 612 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 612=11 <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>		614
613	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA..... 96 _____ (ESPECIFIQUE)	616 616
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE MUJER CUALQUIERA NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar o postergar un embarazo?	DE ACUERDO 1 DESACUERDO 2 NO SABE/INSEGURA 3	
617	Durante los últimos meses: A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	SI NO RADIO 1 2 TELEVISIÓN 1 2 PERIÓDICOS / REVISTAS 1 2	
619	¿En los últimos meses, ha hablado sobre planificación familiar con amigos, vecinos o parientes?	SI 1 NO 2	621
620	¿Con quién ha hablado? INDAGUE: ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPOSO/COMPAÑERO A MADRE B PADRE C HERMANA(S) D HERMANO(S) E HIJA(S) F HIJO(S) G SUEGRA H AMIGOS/VECINOS I OTRO X (ESPECIFIQUE)	
621	VERIFIQUE 501: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=2 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3		628
622	VERIFIQUE 311/311A: SI USA ACTUALMENTE ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>		624
623	Usted me ha dicho que está usando (MÉTODO). ¿Usted diría que el uso de (MÉTODO) fue su decisión, la de su pareja (esposo compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO)..... 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA 6 (ESPECIFIQUE)	625 625
624	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su pareja (esposo o compañero) sobre la planificación familiar. ¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar los embarazos?	APRUEBA 1 DESAPRUEBA 2 NO SABE 8	
625	¿Con qué frecuencia usted habla con su pareja (esposo o compañero) acerca de la planificación familiar?	NUNCA 1 ALGUNAS VECES 2 MUY A MENUDO 3	
626	VERIFIQUE 311/311A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		628
627	¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO 1 MÁS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 8	
628	Marido y mujer no siempre están de acuerdo en lo que concierne a los derechos y deberes de cónyuges. Dígame por favor si usted está de acuerdo en que una esposa/compañera se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo cuando: A ¿Ella sabe que su esposo o compañero tiene una infección de transmisión sexual (venérea)? B ¿Ella sabe que su esposo o compañero tiene relaciones sexuales con otra mujer? C ¿Ella ha tenido recientemente un parto? D ¿Ella está cansada o no está de humor? E ¿Ella está con la regla? F ¿Ella no quiere salir embarazada? G ¿Él la golpea? H ¿Él está borracho?	SI NO NO SABE TIENE UNA ETS 1 2 8 OTRA MUJER 1 2 8 PARTO RECIENTE 1 2 8 CANSADA 1 2 8 REGLA 1 2 8 NO EMBARAZO 1 2 8 GOLPEA 1 2 8 BORRACHO 1 2 8	

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
701	<p>VERIFIQUE 501, 502:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> 501=1,2</p> <p>ANTERIORES CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> 502=1,2</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> 502=3</p>	<p>703</p> <p>707</p>																			
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>																			
703	¿Su (última) pareja (esposo o compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706																		
704	¿Cuál es el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó su pareja (esposo o compañero) en primaria, secundaria, normal o universidad?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">NIVEL</td> <td align="right">CURSO</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td align="right">1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td align="right">2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NORMAL.....</td> <td align="right">3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>UNIVERSIDAD</td> <td align="right">4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td></td> <td align="right">98</td> </tr> </table>		NIVEL	CURSO	PRIMARIA	1	<input type="text"/>	SECUNDARIA	2	<input type="text"/>	NORMAL.....	3	<input type="text"/>	UNIVERSIDAD	4	<input type="text"/>	NO SABE		98	
	NIVEL	CURSO																			
PRIMARIA	1	<input type="text"/>																			
SECUNDARIA	2	<input type="text"/>																			
NORMAL.....	3	<input type="text"/>																			
UNIVERSIDAD	4	<input type="text"/>																			
NO SABE		98																			
706	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ANTERIORES CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="center">(ANOTE TEXTUALMENTE)</p>																			
707	Además de los trabajos del hogar, ¿actualmente está usted trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	710																		
708	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia. ¿En la actualidad está usted haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710																		
709	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	719																		
710	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?	<input type="text"/>																			
711	<p>VERIFIQUE 710</p> <p>TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>		713																		
712	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	<p>TIERRA PROPIA..... 1</p> <p>TIERRA DE LA FAMILIA..... 2</p> <p>TIERRA ARRENDADA..... 3</p> <p>TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4</p>																			
713	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	<p>PARA UN FAMILIAR..... 1</p> <p>OTRA PERSONA..... 2</p> <p>CUENTA PROPIA..... 3</p>																			
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	<p>EN EL HOGAR..... 1</p> <p>FUERA DEL HOGAR..... 2</p>																			
715	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	<p>TODO EL AÑO..... 1</p> <p>POR ÉPOCAS..... 2</p> <p>DE VEZ EN CUANDO..... 3</p>																			
716	<p>¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?</p> <p>INDAGUE: ¿A Ud. le pagan(pagaba) por su trabajo?</p>	<p>SÓLO DINERO..... 1</p> <p>DINERO Y ESPECIE..... 2</p> <p>SÓLO EN ESPECIE..... 3</p> <p>NO LE PAGAN..... 4</p>	719 719																		
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que usted gana(ba)?	<p>ENTREVISTADA DECIDE..... 1</p> <p>PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) DECIDE..... 2</p> <p>AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA 3</p> <p>OTRA PERSONA 4</p> <p>LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 5</p>																			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
718	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6	
719	Usted, habitualmente realiza alguna de las siguientes actividades para su hogar:		
		SI NO	
A	¿Cocina para su hogar?	COCINA..... 1 2	
B	¿Lava ropa?	LAVA ROPA..... 1 2	
C	¿Plancha?	PLANCHA..... 1 2	
D	¿Cuida a los niños?	CUIDA A LOS NIÑOS..... 1 2	
E	¿Trae leña/combustible?	TRAE LEÑA/COMBUSTIBLE..... 1 2	
720	Para cada una de las siguientes actividades, me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo o compañero), ambos de acuerdo, o alguien más:		
		ESPOSO/ COMPA- ÑERO	OTRA PER- SONA
		ELLA	AMBOS
		ELLA	ELLA Y OTRA PER- SONA
		ELLA	NA- DIE
A	¿En el cuidado de su salud?	1 2 3 4 5 6	
B	¿En las compras diarias de la casa?	1 2 3 4 5 6	
C	¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor?	1 2 3 4 5 6	
D	¿Visitas a amigos y a la familia?	1 2 3 4 5 6	
E	¿Qué alimentos cocinar diariamente?	1 2 3 4 5 6	
721	A veces los esposos se molestan por las cosas que hacen las esposas. En su opinión, ¿se justifica que un esposo golpee a la esposa en las siguientes situaciones:		
		SI NO	
A	¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?	SI SALE FUERA..... 1 2	
B	¿Si ella descuida/desatiende los niños?	DESCUIDA NIÑOS 1 2	
C	¿Si ella discute con él?	DISCUTE 1 2	
D	¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él?	NO SEXO 1 2	
E	¿Si ella deja quemar la comida?	QUEMAN LAS COMIDAS..... 1 2	

SECCIÓN 8. SIDA e ITS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801 A B	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	SI NO VIH..... 1 2 SIDA..... 1 2	
801A	VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> → 817A		
802	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 809 NO SABE 8 → 809	
803	¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el virus que causa el SIDA? SONDEE: ¿Algo más? ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS	ABSTENERSE DE TENER SEXO..... A USAR CONDONES B TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SER LE FIEL A SU PAREJA C DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES D NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS E NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA F NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES..... G NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS H EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITAR INYECCIONES J NO BESARSE K NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA L EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO M NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR N TENER BUENA DIETA O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL.SEXUAL..... Q TENER CUIDADO AL ENTRAR A BAÑOS PÚBLICOS..... R OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
804	¿Pueden las personas evitar contraer el virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
805	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
806	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA por picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
807	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
810	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
811	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de una madre infectada al hijo?	SI..... 1 NO..... 2 → 813 NO SABE..... 8 → 813	
812 A B C	¿El virus del SIDA puede ser transmitido de la madre infectada al niño: ¿Durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante la lactancia?	SI NO NO SABE DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8 DURANTE EL PARTO..... 1 2 8 DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
813	VERIFIQUE 501: 501=1 ó 2 ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> O UNIDA	501=3 NO CASADA/ <input type="checkbox"/> NI UNIDA	815
814	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposo (compañero) sobre las formas de evitar contraer el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
815	Si algún miembro de su familia contrajera el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816	Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
817	Aparte del SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI..... 1	
817A	¿Usted ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	NO..... 2	820
818	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que un hombre tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES H DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?	SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K IMPOTENCIA..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
819	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que una mujer tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN GENITAL B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES H DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?	SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
820	¿Cree que los riesgos de usted para contraer el SIDA son pequeños, moderados, grandes , o que no hay riesgos?	NO HAY RIESGO..... 1 RIESGO PEQUEÑO..... 2 RIESGO MODERADO..... 3 RIESGO GRANDE..... 4	822
821	¿Porqué cree que no tiene riesgo/tiene riesgo pequeño de contraer el SIDA? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguna más?	SE ABSTIENE DE RELACIONES..... A USA CONDONES CUANDO TIENE RELACIONES..... B ES MONOGAMA (SOLO UNA PAREJA)..... C ESPOSO NO VISITA PROSTITUTAS..... D ESPOSO NO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... E NO HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... G OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	901
822	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son moderados / altos ? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguna más?	NO USA CONDONES..... A ELLA TIENE VARIAS PAREJAS..... B ESPOSO VISITA PROSTITUTAS..... C ESPOSO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... D HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... E LE HAN APLICADO INYECCIONES..... F ESPOSO TIENE VARIAS PAREJAS..... G OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS							CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron . Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su madre?							TOTAL HIJOS (AS) NACIDOS (AS) VIVOS(AS) QUE TUVO SU MADRE <input type="text"/> <input type="text"/>
902	VERIFIQUE 901: DOS O MÁS HIJO(A)S <input type="checkbox"/>							SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input type="checkbox"/> → PASE A 1000
903	¿Cuántos de sus hermanos y hermanas nacieron antes que usted ? (es decir, cuántos le precedieron?) ANOTE "00" SI FUE LA PRIMERA HIJA							NÚMERO DE HERMANAS(OS) QUE LE PRECEDIERON... <input type="text"/> <input type="text"/>
904	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
	Nombre de su hermana(o) mayor y el nombre de las hermanas y hermanos que le siguen, vivos y muertos?	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER 2						
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/> <input type="text"/>						
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto abortado o nacido muerto?	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2						
913	¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2						
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, aborto, parto postparto, o de otra causa?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5						
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000

PREG		PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
		(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> NS/NR.....98 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998	
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE Ó SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto aborto o nacido muerto?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2	
913	¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, aborto, parto postparto, o de otra causa?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="text"/> SI NO HAY MÁS PASE A 1000	

SECCIÓN 10. VIOLENCIA A LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
1000	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</p> <p align="center">PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/></p>	<p>PRESENCIA DE OTROS:</p> <table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
1001	<p>LEA A LA ENTREVISTADA</p> <p>Yo se que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Bolivia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.</p>																	
1002	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 501 Y 502 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA</p> <p>ESPOSO/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NOVIO O ENAMORADO <input type="checkbox"/></p>	<p>NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/></p>	1028															
1003	<p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposo o conviviente, su novio o enamorado</p> <p>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</p>	<table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">A MENUDO</td> <td align="center">ALGUNAS</td> <td align="center">NUNCA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">VECES</td> <td></td> </tr> </table>		SI	SI	NO		A MENUDO	ALGUNAS	NUNCA			VECES					
	SI	SI	NO															
	A MENUDO	ALGUNAS	NUNCA															
		VECES																
A	¿Su (PAREJA) le ha acusado de serle infiel?	LA HA ACUSADO DE SER INFIEL 1 2 3																
B	¿Su (PAREJA) trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia?	LIMITARLE CONTACTOS CON FAMILIA 1 2 3																
C	¿Su (PAREJA) se expresa en términos como "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres una bruta" "mi mamá me hacía mejor las cosas"?	EXPRESIONES OFENSIVAS 1 2 3																
D	¿Su (PAREJA) la amenaza (amenazaba) con abandonarla/irse con otra mujer?	AMENAZABA CON ABANDONARLA 1 2 3																
E	¿Su (PAREJA) la amenaza (amenazaba) con no darle apoyo económico?	AMENAZABA CON NO APOYARLA 1 2 3																
1003A	<p>VERIFIQUE 1003:</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p>	1005															
1004	<p>Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</p>	<p>A SOLAS..... 1</p> <p>EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS..... 2</p> <p>AMBAS..... 3</p>																
1005	<p>Por favor dígame si las siguientes situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</p>	<table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">A MENUDO</td> <td align="center">ALGUNAS</td> <td align="center">NUNCA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">VECES</td> <td></td> </tr> </table>		SI	SI	NO		A MENUDO	ALGUNAS	NUNCA			VECES					
	SI	SI	NO															
	A MENUDO	ALGUNAS	NUNCA															
		VECES																
A	¿La ha empujado o jaloneado, a menudo, algunas veces o nunca?	EMPUJADO/JALONEADO 1 2 3																
B	¿La ha golpeado con la mano o con el pie a menudo, algunas veces o nunca?	GOLPEADO CON MANO/PIE 1 2 3																
C	¿La ha golpeado con un objeto duro a menudo, algunas veces o nunca?	GOLPEADO CON OBJETO DURO 1 2 3																
D	La ha tratado de estrangularle o quemarle a menudo, algunas veces o nunca?	TRATADO DE ESTRANGULAR 1 2 3																
E	¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería a menudo, algunas veces o nunca?	FORZADO A TENER RELACIONES 1 2 3																
1006	<p>VERIFIQUE 1005:</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p>	1011															
1007	<p>Cómo resultado de estas agresiones:</p>	<table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NR												
	SI	NO	NR															
A	¿Tuvo miedo o temores constantes a la reacción de su pareja?	MIEDO A REACCION 1 2 8																
B	¿Tuvo moretones y dolores en el cuerpo?	TUVO MORETONES 1 2 8																
C	¿Tuvo alguna herida o hueso quebrado?	HERIDA/QUEBR. 1 2 8																
D	¿Tuvo algún embarazo terminado en aborto?	ABORTO 1 2 8																
E	¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?	PERDIDA ORGANO O FUNCION 1 2 8																
F	¿Faltó a su trabajo?	FALTO A TRABAJO 1 2 8																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1008	VERIFIQUE 1007: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	1013
1008A	Cuando fue agredida por su pareja, generalmente ésta:	SI NO NS	
A	¿Había consumido alcohol?	ALCOHOL..... 1 2 8	
B	¿Había consumido droga?	DROGA..... 1 2 8	
1009	¿Fue usted al médico o a un establecimiento de salud como resultado de lo que su (PAREJA) le hizo?	SI..... 1 NO..... 2	1011
1010	Cuando fue usted al médico o al Establecimiento de Salud ¿usted recibió información sobre las formas para buscar protección y para denunciar ese hecho?	SI..... 1 NO..... 2	
1011	Alguna persona diferente a su (PAREJA) ¿La ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a usted físicamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1013 1013
1012	¿Quiénes fueron estas personas? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D	
1013	VERIFIQUE: 1003 Y 1005 AL MENOS UN CODIGO 1 O 2 <input type="checkbox"/>	TODO CODIGO 3 <input type="checkbox"/>	1019
1014	Cuando la han maltratado, ¿ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1016
1015	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D VECINOS/AMIGOS..... E OTRAS PERSONAS..... X (ESPECIFIQUE)	
1016	Cuando la han maltratado, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión? SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CENTRO DE SALUD..... A BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA B SLIMs C PTJ D FISCALIA E JUZGADO F ONG G AUTORIDADES COMUNITARIAS..... H OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	1018
1017	El agresor(a), ¿recibió alguna sanción legal como multas, arrestos o trabajo comunitario, terapia psicológica? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y	1019
1018	¿Por qué no denunció a la persona que le hizo daño? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO SABE A DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C ME LO MERECA D MIEDO A LA SEPARACION..... E MIEDO A REPRESALIAS F PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR.. G NO CREE EN LA JUSTICIA H PIENSO QUE ME COBRARAN..... I RECIBI DINERO O PAGO EN ESPECIE..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1019	Alguna vez ha sido forzada por alguna persona diferente a su (PAREJA) a tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	1023

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1020	<p>¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	PADRE..... A PADRASTRO..... B HERMANO..... C PRIMO..... D EXPAREJA..... E SUEGRO..... F TIO..... G CUÑADO..... H AMIGO..... I PROFESOR..... J EMPLEADOR..... K DESCONOCIDO..... L OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y	
1021	<p>Cuando la han forzado sexualmente, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión?</p> <p>SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido?</p> <p>MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA A SLIMs B PTJ C FISCALIA D JUZGADO E ONG F AUTORIDADES COMUNITARIAS..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	1023
1022	<p>El agresor(a), ¿recibió alguna sanción como multas, arrestos, trabajo comunitario o terapia psicológica?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y	
1023	<p>¿Sabe Ud. si su padre golpeaba a su madre?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3	
1024	<p>VERIFIQUE 216</p> <p>AL MENOS UN HIJO VIVO SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NINGUN HIJO VIVO <input type="checkbox"/></p>		1028
1025	<p>¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos en el hogar?</p> <p>MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	PADRE BIOLOGICO..... A MADRE BIOLOGICA..... B PADRASTRO C MADRASTRA D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y	1028
1026	<p>SI 1025=A <input type="checkbox"/> SI 1025=B <input type="checkbox"/> SI 1025=C,D,X <input type="checkbox"/></p>		
1027	<p>A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos(as)?</p> <p>B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)?</p> <p>C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)?</p> <p>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A A</p> <p>JALON DE OREJAS B B</p> <p>GOLPES DE PUÑO O PIE C C</p> <p>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D D</p> <p>GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E E</p> <p>GRITOS/ INSULTOS F F</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G G</p> <p>PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION H H</p> <p>DEJANDOLOS ENCERRADOS I I</p> <p>IGNORANDOLOS J J</p> <p>PONIENDOLES MAS TRABAJO K K</p> <p>DEJANDOLOS FUERA DE CASA L L</p> <p>ECHANDOLES AGUA M M</p> <p>QUITANDOLES LA ROPA..... N N</p> <p>QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO..... O O</p> <p>OTRA:..... X X</p> <p>(ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)</p>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
1028	<p>Generalmente, ¿en qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que se ha criado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> <p>INDAGUE: ¿De alguna otra forma?</p>	PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A JALON DE OREJAS B GOLPES DE PUÑO O PIE C GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E GRITOS/ INSULTOS F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G PRIVANDOLE DE ALIMENTACION H DEJANDOLE ENCERRADA I IGNORANDOLA J PONIENDOLE MAS TRABAJO K DEJANDOLE FUERA DE CASA L ECHANDOLE AGUA M QUITANDOLE LA ROPA..... N QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO..... O OTRA X (ESPECIFIQUE) NO LA CASTIGABAN..... Y																					
1029	<p>En su opinión se justifica que el padre o la madre pegue a sus hijos (as):</p> <p>A ¿Cuando son desobedientes?</p> <p>B ¿Cuando hacen renegar?</p> <p>C ¿Cuando llegan tarde a la casa?</p> <p>D ¿Cuando no cumplen con las tareas familiares? (POR EJEMPLO: CUIDADO DE HERMANOS MENORES, HACER COMPRAS, CUIDADO DE ANIMALES, TRAER AGUA, ETC.)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESOBEDIENTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>HACEN RENEGAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LLEGAN TARDE A CASA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO CUMPLEN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	DESOBEDIENTES	1	2	8	HACEN RENEGAR	1	2	8	LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8	NO CUMPLEN	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																				
DESOBEDIENTES	1	2	8																				
HACEN RENEGAR	1	2	8																				
LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8																				
NO CUMPLEN	1	2	8																				
1030	<p>¿Cree Ud. que para educar a los hijos(as) es necesario el castigo físico? SI ES 'SI', PREGUNTE: ¿Muy a menudo, algunas veces o nunca? SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p>	<p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																					
1031	<p>AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUELVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS DE ABAJO CON REFERENCIA A LA APLICACIÓN DEL MODULO DE VIOLENCIA DOMESTICA SOLAMENTE.</p>																						
1032	<p>USTED TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE LA PERSONA ACUSADA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRO EN EL CUARTO, O INTERRUMPIO EN ALGUNA OTRA FORMA?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>SI, MAS DE UNA</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MUJER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA	NO	MARIDO	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	MUJER ADULTA	1	2	3					
	SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA	NO																				
MARIDO	1	2	3																				
OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3																				
MUJER ADULTA	1	2	3																				
1033	<p>HORA DE TERMINACION:</p>	<p>HORA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/></p>																					

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE

APARECER UN CÓDIGO. LAS COLUMNAS 1 Y 2

DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: NACIMIENTO. EMBARAZO

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES

COL. 2: MATRIMONIO/UNIÓN

- X EN UNIÓN (CASADA O EN UNIÓN LIBRE)
- 0 NO EN UNIÓN

		1	2		
12	DIC		01		DIC
11	NOV		02		NOV
10	OCT		03		OCT
09	SEP		04		SEP
2	08	AGO	05		AGO 2
0	07	JUL	06		JUL 0
0	06	JUN	07		JUN 0
3	05	MAY	08		MAY 3
	04	ABR	09		ABR
	03	MAR	10		MAR
	02	FEB	11		FEB
	01	ENE	12		ENE
<hr/>					
12	DIC		13		DIC
11	NOV		14		NOV
10	OCT		15		OCT
09	SEP		16		SEP
2	08	AGO	17		AGO 2
0	07	JUL	18		JUL 0
0	06	JUN	19		JUN 0
2	05	MAY	20		MAY 2
	04	ABR	21		ABR
	03	MAR	22		MAR
	02	FEB	23		FEB
	01	ENE	24		ENE
<hr/>					
12	DIC		25		DIC
11	NOV		26		NOV
10	OCT		27		OCT
09	SEP		28		SEP
2	08	AGO	29		AGO 2
0	07	JUL	30		JUL 0
0	06	JUN	31		JUN 0
1	05	MAY	32		MAY 1
	04	ABR	33		ABR
	03	MAR	34		MAR
	02	FEB	35		FEB
	01	ENE	36		ENE
<hr/>					
12	DIC		37		DIC
11	NOV		38		NOV
10	OCT		39		OCT
09	SEP		40		SEP
2	08	AGO	41		AGO 2
0	07	JUL	42		JUL 0
0	06	JUN	43		JUN 0
0	05	MAY	44		MAY 0
	04	ABR	45		ABR
	03	MAR	46		MAR
	02	FEB	47		FEB
	01	ENE	48		ENE
<hr/>					
12	DIC		49		DIC
11	NOV		50		NOV
10	OCT		51		OCT
09	SEP		52		SEP
1	08	AGO	53		AGO 1
9	07	JUL	54		JUL 9
9	06	JUN	55		JUN 9
9	05	MAY	56		MAY 9
	04	ABR	57		ABR
	03	MAR	58		MAR
	02	FEB	59		FEB
	01	ENE	60		ENE
<hr/>					
12	DIC		61		DIC
11	NOV		62		NOV
10	OCT		63		OCT
09	SEP		64		SEP
1	08	AGO	65		AGO 1
9	07	JUL	66		JUL 9
9	06	JUN	67		JUN 9
8	05	MAY	68		MAY 8
	04	ABR	69		ABR
	03	MAR	70		MAR
	02	FEB	71		FEB
	01	ENE	72		ENE

