

 <p>CORPORACION CENTRO REGIONAL DE POBLACION</p>
 <p>MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA</p>

CONFIDENCIAL

La información solicitada en este cuestionario es de carácter confidencial y solo se utilizará con fines científicos.

**ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA
DEMOGRAFIA Y SALUD.
1986**

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION

1. CUESTIONARIO No.	_ _ _ _
2. DEPARTAMENTO _____	_ _
3. MUNICIPIO _____	_ _ _
4. AREA URBANA 1, RURAL 2	_
5. SEGMENTO No.	_ _ _
6. VIVIENDA No.	_ _
7. HOGAR No.	_
8. DIRECCION DE LA VIVIENDA _____	
9. NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR	_ _

RESULTADOS DE LAS VISITAS

VISITA 	1a.	2a.	3a.	
FECHA				1 FECHA DE LA ULTIMA VISITA _ _ _ _ Mes Dia
RESULTADO				2 NUMERO DE VISITAS _
ENTREVISTADORA				3. DURACION DE LA ENTREVISTA _ _ _ Minutos
HORA DE INICIACION				4. CODIGO DE LA ENTREVISTADORA _ _
HORA TERMINACION				

CODIGOS DE RESULTADO: 1 Completa, 2 Ausente, 3 Aplazada, 4 Rechazo, 5 Completa Parcialmente, 6 Otro

CONTROL DE OFICINA

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
NOMBRE			
FECHA			

SECCION I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PARA EMPEZAR ME GUSTARIA HACERLE UNAS PREGUNTAS GENERALES ACERCA DE USTED.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
104	Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, dónde vivió la mayor parte del tiempo? En el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO 1 PUEBLO 2 CIUDAD 3	
105	Cuánto tiempo ha vivido aquí en: _____ _____?	SIEMPRE 96 AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	107
106	Antes de llegar a vivir a (nombre del sitio) en dónde vivió Ud. en el campo, en un pueblo, o en una ciudad?	CAMPO 1 PUEBLO 2 CIUDAD 3	
107	En qué mes y año nació Ud. ?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO 98	
108	Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 107 CON 108, SI HAY INCONSISTENCIAS INDAGUE Y CORRIJA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
109	Alguna vez asistió a la escuela o colegio?	SI 1 NO 2	113
110	Cuál es el último año de estudios que aprobó?	PRIMARIA <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA <input type="text"/> <input type="text"/> SUPERIOR <input type="text"/> <input type="text"/>	114
113	Puede Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede leerlo?	CON FACILIDAD 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE LEERLO 3	115
114	Lee Ud. un periódico por lo menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2	
115	Generalmente ve Ud. televisión todas las semanas?	SI 1 NO 2	
116	Generalmente escucha Ud. radio todos los días?	SI 1 NO 2	

SECCION 2. REPRODUCCION

AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE TODAS LAS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS QUE UD. HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA; ME REFIERO SOLO A LOS HIJOS QUE UD. HA DADO A LUZ Y NO A LOS HIJOS ADOPTADOS NI CRIADOS POR UD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
201	Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI 1 NO..... 2	206
202	Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud.	SI 1 NO..... 2	204
203	Cuántos hijos varones viven con Ud.? y Cuántas hijas mujeres viven con Ud.?	HIJOS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Tiene Ud. algún hijo o hija que no esté viviendo con Ud.?	SI 1 NO..... 2	206
205	Cuántos hijos varones no viven con Ud. y Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.?	HIJOS FUERA <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció despues? INDAGUE. Algún (otro) niño o niña que nació vivo pero que solo vivió algunos mi- nutos, horas o días?	SI 1 NO..... 2	208
207	Cuántos niños (varones) han muerto? y Cuántas niñas han muerto?	HIJOS MUERTOS <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205, 207 Y ANOTE EL TOTAL	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Quisiera asegurarme que tengo la información correcta. Ud. 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 EN CASO NECESARIO 201 A 209)		

210 VEA 209 y MARQUE:
UNO O MAS NACIDOS VIVOS

NINGUN NACIDO
VIVO

(Pase a 219)

Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido, están vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo.

ANOTE EN 211 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS

1	2	3	4	5	6	7
211 Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	212 Es (NOMBRE) hombre o mujer?	213 (NOMBRE) está vivo?	214 En qué mes y año nació? (NOMBRE)	215 SI ESTA VIVO Cuántos años cumplidos tiene?	216 SI ESTA VIVO El (ella) está viviendo con Ud.?	217 SI FALLECIDO Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS O AÑOS SI 2 AÑOS O MAS
0 1	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 2	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 3	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 4	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 5	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 6	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 7	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 8	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
0 9	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3
1 0	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Si 1 No 2	Días 1 Meses 2 Años 3

218 COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA.
IGUAL NUMERO DIFERENTE NUMERO INDAGUE Y CORRIJA SI ES NECESARIO.

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
219	Está Ud. embarazada actualmente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	224
220	Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES <input type="text"/>	
221	Durante este embarazo le han aplicado alguna inyección para proteger al bebé contra el tétano?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
222	Fué a consultar a alguien para controlar el embarazo?	SI 1 NO 2	225
223	A quién consultó? ANOTE LA PERSONA MAS CALIFICADA	DOCTOR 1 ENFERMERA 2 COMADRONA 3 OTRO 4	225
224	Cuándo tuvo su última regla?	DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 ANTES DEL ULTIMO EMBARAZO 99 NUNCA MENSTRUO 997	
225	En qué momento del ciclo menstrual cree Ud. que una mujer tiene mayor riesgo de quedar embarazada? NO LEA ALTERNATIVAS	CUANDO TIENE LA REGLA 1 DESPUES DE LA REGLA 2 EN LA MITAD DEL CICLO 3 ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA 4 EN CUALQUIER MOMENTO 5 OTRO 6 _____ (especifique) NO SABE 8	
226	ANOTE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 1 2 ESOSO 1 2 OTROS HOMBRRES 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

SECCION 3. ANTICONCEPCION

301 Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo. Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?

EN EL SIGUIENTE CUADRO ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. ENCIERRE EL CÓDIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA. LUEGO PREGUNTE 303 A 306 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

	302 Conoce o ha oído hablar de (METODO)?	303 Ha usado alguna vez el(la) (METODO)	304 Adonde iría para obtener (METODO) si Ud. deseara usarlo? (CÓDIGOS ABAJO)	306 En su opinión cuál es el problema principal si lo hay, con el uso de (ta) (METODO) (CÓDIGOS ABAJO)
PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, plaqueta, "I" dorada)	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
INYECCION Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada 1 ó 3 meses para evitar quedar embarazadas	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
MÉTODOS VAGINALES Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio, u ovutos, diafragma, o crema antes de tener relaciones sexuales	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
PRESERVATIVO Los hombres pueden usar un preservativo (o condón) durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
ESTERILIZACION FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura, desco nexión)	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
ESTERILIZACION MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía)	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
ABSTINENCIA PERIODICA Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Adonde iría ó ha ido para obtener consejo acerca de la abstinencia periódica? <input type="text"/> <input type="text"/>	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> (especifique)
RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2		Otro <input type="text"/> <input type="text"/>
OTROS MÉTODOS Las parejas pueden utilizar otras maneras diferentes a las anteriores para evitar un embarazo. Conoce o ha oído hablar de estos métodos? Especifique _____	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Códigos para 304 Ninguno 01 Hospital / Centro o Puesto Salud 02 Clínica / Hospital Privado 03 Clínica Profamilia 04 Puesto distribución Profamilia 05 Médico particular (ginecólogo) 06 Droguería 07 Caja Compensación 08 Seguro Social 09 Caja Nacional 10 Otro sitio 11 No sabe 98	Códigos para 306 Ninguno 01 No es efectivo 02 Compañero desaprueba 03 Problemas de salud 04 Efectos secundarios 05 Disponibilidad / Accesibilidad 06 Costo 07 Difícil usar 08 Temor / olvido 09 Otro 10 (especificar arriba) No sabe 98
307 VEA 303	NI UN SOLO "SI" EN 302 (NUNCA HA USADO)	AL MENOS UN "SI" EN 302 (HA USADO METODO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Pase a 31C)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
308	Ha usado alguna vez algo o ha tratado de cualquier manera de demorar o evitar un embarazo?	SI 1 NO 2	337
309	Que ha hecho? _____ CORRIJA 302 - 303 Y COMPLETE LA INFORMACION PARA 304 - 307 SI ES NECESARIO		
310	VEA 303 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> HA USADO ABSTINENCIA PERIODICA <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NUNCA HA USADO ABSTINENCIA PERIODICA <input type="checkbox"/> (Pase a 312) </div> </div>		
311	La última vez que uso el método del ritmo cómo determinó en que días no podía tener relaciones sexuales?	EN BASE AL CALENDARIO 1 EN BASE A LA TEMPERATURA DEL CUERPO 2 EN BASE A MUCOSIDAD CERVICAL (BILLINGS) 3 EN BASE A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y MUCOSIDAD 4 OTRO 5 _____ (especifique)	
312	Cuántos hijos vivos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? SI NO TENIA O NO TIENE HIJOS ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
313	VEA 303 Y 219 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> ESPOSO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> (Pase a 314) </div> <div style="text-align: center;"> NINGUNO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ↙ ↘ EMBARAZADA NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Pase a 319) (Pase a 315) </div> </div>		
313 A	En qué mes y año lo operaron?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
313 B	Hasta donde usted sabe, su marido o compañero está satisfecho con la esterilización?	SI 1 NO 2	314 E
313 C	Por qué no está satisfecho su marido o compañero con la esterilización?	DESEA UN (OTRO) HIJO 1 ELLA SE VOLVIO FRIGIDA 2 EL ESTA CELOSO O ES MACHISTA 3 ELLA SE HA ENFERMADO 4 LA OPERACION FALLO 5 ELLA NUNCA ESTUVO DE ACUERDO 6 OTRO 7 _____ (especifique)	314 E

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
314	En qué mes y año la operaron?	MES. AÑO.	
314 A	Está Ud. satisfecha con la esterilización?	SI. 1 NO. 2	314 C
314 B	Por qué no está satisfecha con la esterilización?	ESPOSO DESEA UN (OTRO) HIJO 1 TIENE OTRO MARIDO 2 SE SEPARO, QUEDO VIUDA 3 SE VOLVIO FRIGIDA 4 DESEA UN (OTRO) HIJO 5 SE HA ENFERMADO 6 FALLA DE LA OPERACION 7 OTRO 8 (especifique)	
314 C	Ha recomendado Ud. la operación a otras personas?	SI. 1 NO. 2	
314 D	Si Ud. no se hubiera hecho la esterilización se la mandarfa hacer?	SI. 1 NO. 2	
314 E	En dónde (o en qué lugar) lo (la) operaron? CLINICA / HOSPITAL _____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____		321
315	Actualmente están Ud. o su marido (compañero) usando algún método para no quedar embarazada?	SI. 1 NO. 2	319
316	Qué método está (n) usando?	PILDORA 01 CONDON 02 CONDON Y DIU 03 VAGINALES 04 VAGINALES Y DIU 05 INYECTABLES 06 DIU 07 RETIRO 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 ABSTINENCIA PERIODICA Y CONDON 10 ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO 11 OTRO 12 (especifique)	318 D 320 319

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
317	<p>Por favor dígame el nombre o marca de la píldora que está usando?</p> <p>MUESTRE LA PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE CODIGO APROPIADO.</p>	<p>NORIDAY 01</p> <p>EUGYNON 02</p> <p>NEOGYNON 21 03</p> <p>NEOGYNON 28 04</p> <p>MICROGYNON 21 05</p> <p>MICROGYNON 28 06</p> <p>NORAL 21 07</p> <p>NORAL 28 08</p> <p>NORDETTE 21 09</p> <p>NORDETTE 28 10</p> <p>OVRAL 21 11</p> <p>OTRA MARCA 12</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
317 A	<p>Ha usado Ud. siempre el (MARCA DE PASTILLA)?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	318
317 B	<p>Qué marcas de pastillas ha usado Ud. en el pasado?</p> <p>MUESTRE DE NUEVO PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE TODAS LAS MENCIONADAS POR LA ENTREVISTADA</p>	<p>NORIDAY 1</p> <p>EUGYNON 1</p> <p>NEOGYNON 21 1</p> <p>NEOGYNON 28 1</p> <p>MICROGYNON 21 1</p> <p>MICROGYNON 28 1</p> <p>NORAL 21 1</p> <p>NORAL 28 1</p> <p>NORDETTE 21 1</p> <p>NORDETTE 28 1</p> <p>OVRAL 21 1</p> <p>OTRA MARCA 1</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
318	<p>Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?</p>	<p>COSTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATIS 997</p> <p>NO SABE 998</p>	
318 A	<p>En qué sitio compra con más frecuencia la pastilla?</p>	<p>HOSPITAL, CENTRO/PUESTO DE SALUD 01</p> <p>CLINICA / HOSPITAL PRIVADO 02</p> <p>CLINICA PROFAMILIA 03</p> <p>PUESTO DISTRIBUCION PROFAMILIA 04</p> <p>MEDICO PARTICULAR 05</p> <p>DROGUERIA 06</p> <p>CAJA COMPENSACION 07</p> <p>CAJA NACIONAL DE PREVISION 08</p> <p>PROMOTORA DE SALUD 09</p> <p>SEGURO SOCIAL 10</p> <p>OTRO SITIO 11</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>NO SABE 98</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
318 B	Qué clase de empaque de pastillas prefiere?	EN CAJITA 1 EN SOBRE 2 LE ES INDIFFERENTE 3	320
318 C	Por qué prefiere en cajita?	<input type="checkbox"/>	320
318 D	VEA 318 SEÑALE COLUMNA APROPIADA Y HAGA PREGUNTAS RESPECTIVAS MOSTRANDO PRESENTACION GRAFICA DE MARCAS DE LOS SIGUIENTES METODOS <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> USA CONDÓN Códigos 02 y 03 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> USA VAGINALES Códigos 04 y 05 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> USA INYECTABLES Código 06 <input type="checkbox"/> </div> </div>		
318 E	Por favor dígame el nombre o marca de condón que están usando TAHITI 01 STIMULA 02 SULTAN 03 PRIME 04 ROSETEX 05 NUDA 06 CONTURE 07 JELLIA 08 MILLION 09 LOVE 10 PARADISE 11 NO SABE 98	Por favor dígame el nombre o marca del (método vaginal) que está usando NORFORMS 21 NEOSAMPOON TUBOS 22 NEOSAMPOON TABLETAS 23 EMKO 40 GRS. 24 EMKO BECAUSE 25 FARMA 12 26 NO SABE 98	Por favor dígame el nombre de la inyección que está usando NORISTERAT 31 PERLUTAL 32 DEPOPROVERA 33 NO SABE 98
318 F	Ha usado Ud. siempre esta marca de condones? SI 1 (Pase a 318 H) NO 2	Ha usado Ud. siempre vaginales (MARCA MENCIONADA) SI 1 (Pase a 318 H) NO 2	Ha usado Ud. siempre inyecciones de (MARCA MENCIONADA) SI 1 (Pase a 320) NO 2
318 G	Qué marcas de condones ha usado en el pasado? TAHITI 1 STIMULA 1 SULTAN 1 PRIME 1 ROSETEX 1 NUDA 1 CONTURE 1 JELLIA 1 MILLION 1 LOVE 1 PARADISE 1 NO SABE 8	Qué marcas de vaginales ha usado en el pasado? NORFORMS 1 NEDSAMPOON TUBOS 1 NEOSAMPOON TABLETAS 1 EMKO 40 GRS. 1 EMKO BECAUSE 1 FARMA 12 1 NO SABE 8	Qué marcas de inyecciones ha usado en el pasado? NORISTERAT 1 PERLUTAL 1 DEPROVERA 1 NO SABE 8 (Pase a 320)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	PREGUNTAS Y FILTROS
318 H	En qué sitio compra con más frecuencia los condones?	En qué sitio compra con más frecuencia los vaginales?
	HOSPITAL, CENTRO / PUESTO SALUD 01	HOSPITAL, CENTRO / PUESTO SALUD 01
	CLINICA / HOSPITAL PRIVADO 02	CLINICA / HOSPITAL PRIVADO 02
	CLINICA PROFAMILIA 03	CLINICA PROFAMILIA 03
	PUESTO DISTRIBUCION PROFAMILIA 04	PUESTO DISTRIBUCION PROFAMILIA 04
	MEDICO PARTICULAR 05	MEDICO PARTICULAR 05
	DROGUERIA 06	DROGUERIA 06
	CAJA COMPENSACION 07	CAJA COMPENSACION 07
	CAJA NACIONAL DE PREVISION 08	CAJA NACIONAL DE PREVISION 08
	PROMOTORA SALUD 09	PROMOTORA SALUD 09
	SEGURO SOCIAL 10	SEGURO SOCIAL 10
	OTRO SITIO 11	OTRO SITIO 11
	_____ (especifique)	_____ (especifique)
	NO SABE 98	NO SABE 98
	(Pase a 320)	(Pase a 320)

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
319	Durante los últimos 12 meses, obtuvo Ud algún método o recibió consejo en un hospital, centro de salud, clínica o consultorio médico para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	322
320	Dónde obtuvo este método (ó de quien recibió consejo) la última vez?	HOSPITAL, CENTRO / PUESTO SALUD 01 CLINICA / HOSPITAL PRIVADO 02 CLINICA PROFAMILIA 03 PUESTO DISTRIBUCION PROFAMILIA 04 MEDICO PARTICULAR 05 DROGUERIA 06 CAJA COMPENSACION 07 CAJA NACIONAL DE PREVISION 08 PROMOTORA SALUD 09 SEGURO SOCIAL 10 OTRO SITIO 11 _____ (especifique) NO SABE 98 NO RECUERDA 99	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
321	Hubo algo del servicio que recibió allí que no le gustó? Si SI, qué no le gustó?	NO 1 DEMASIADA ESPERA 2 DESCORTESIA 3 CARO 4 NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO 5 OTRO 6 (especifique)	
322	VEA 219, 313, 315 <div style="text-align: center;"> <p>NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>EL O ELLA ESTERILIZADO</p> <input type="checkbox"/> (Pase a 324) </div> <div style="text-align: center;"> <p>USA ACTUALMENTE OTRO METODO</p> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO USA</p> <input type="checkbox"/> (Pase a 332) </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>EMBARAZADA</p> <input type="checkbox"/> (Pase a 337) </div>		
323	Por cuánto tiempo ha estado usando (METODO ACTUAL) continuamente?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> DESDE ULTIMO PARTO 97	
324	Ha tenido usted o tiene algún problema con el uso del (METODO ACTUAL) ?	SI 1 NO 2	326
325	Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene con (METODO ACTUAL)?	FALLA DEL METODO 01 ESPOSO DESAPRUEBA 02 EFECTOS SECUNDARIOS 03 PROBLEMAS DE SALUD 04 DISPONIBILIDAD / ACCESIBILIDAD 05 COSTO 06 DIFICIL DE USAR 07 OTRO 08 (especifique) NO SABE 98	
326	Usa usted regularmente otro método además de (METODO ACTUAL) durante el mismo mes?	SI 1 NO 2	328
327	Qué método es ese?	PILDORA 01 CONDON 02 CONDON Y DIU 03 VAGINALES 04 VAGINALES Y DIU 05 INYECTABLES 06 DIU 07 RETIRO 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 ABSTINENCIA PERIODICA Y CONDON 10 ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO 11 OTRO 12 (especifique)	
328	Han usado algún otro método o han hecho algo (desde el nacimiento de su último hijo) antes de (METODO ACTUAL) para evitar un embarazo?	SI 1 NO 2	340

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
329	Qué método usó antes de (METODO ACTUAL)?	PILDORA 01 CONDON 02 CONDON Y DIU 03 VAGINALES 04 VAGINALES Y DIU 05 INYECTABLES 06 DIU 07 RETIRO 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 ABSTINENCIA PERIODICA Y CONDON 10 ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO 11 OTRO 12 _____ (especifique)	
329 A	En qué mes y año empezó usted a usar ese método la última vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
330	Por cuánto tiempo usó este método la última vez?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
331	Cuál fué la razón principal por la cual dejó de usar (METODO ANTES DEL ACTUAL) en ese entonces?	METODO FALLO 02 SEXO INFRECUENTE 03 OPOSICION MARIDO 04 PROBLEMAS DE SALUD 05 EFECTOS SECUNDARIOS 06 DISPONIBILIDAD / ACCESIBILIDAD 07 COSTO 08 DIFICIL DE USAR 09 FATALISTA 10 OTRO 11 _____ (especifique) NO SABE 98	340
332	VEA 208	ALGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> ↓ NINGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> (Pase a 334)	
333	Después del nacimiento de su último niño (nacido vivo) ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	337
334	Cuál fué el último método que usó?	PILDORA 01 CONDON 02 CONDON Y DIU 03 VAGINALES 04 VAGINALES Y DIU 05 INYECTABLES 06 DIU 07 RETIRO 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 ABSTINENCIA PERIODICA Y CONDON 10 ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO 11 OTRO 12	
334 A	En qué mes y año empezó a usar ese método?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
335	Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo (la última vez)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
335	Cuál fué la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARAZARSE 01 METODO FALLO 02 SEXO INFRECUENTE 03 OPOSICION DEL MARIPO 04 PROBLEMAS DE SALUD 05 EFECTOS SECUNDARIOS 06 DISPONIBILIDAD / ACCESIBILIDAD 07 COSTO 08 DIFICIL DE USAR 09 FATALISTA 10 OTRO 11 _____ (especifique) NO SABE 98	
337	Tiene Ud la intención de usar en el futuro algún método para evitar quedar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	340
338	Qué método preferiría usar?	PILDORA 01 CONDON 02 CONDON Y DIU 03 VAGINALES 04 VAGINALES Y DIU 05 INYECTABLES 06 DIU 07 RETIRO 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 ABSTINENCIA PERIODICA Y CONDON 10 ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO 11 OTRO 12 _____ (especifique) ESTERILIZACION FEMENINA 13 ESTERILIZACION MASCULINA 14	
339	Tiene Ud la intención de usar ese método en los próximos 12 meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
340	Algunas mujeres no quieren quedar embarazadas pero no usan ningún método para evitar un embarazo. Por qué razón(es) cree Ud. que no usan ningún método? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	FALTA DE CONOCIMIENTO 1 OPOSICION MARIPO 1 DEMASIADO CARO 1 PREOCUPACIONES SALUD 1 DIFICIL OBTENER METODOS 1 RELIGION 1 OPOSICION PLANIFICACION FAMILIAR 1 NO ESTA INTERESADA 1 SUBFECUNDA / ESTERIL 1 FATALISTA 1 DIFICIL USAR 1 MIEDO 1 PEREZA 1 IRRESPONSABILIDAD 1 NO SABE 8	
341	En el último mes, escuchó alguna vez por la radio un mensaje sobre planificación familiar?	SI 1 NO 2	343
342	Lo escuchó una vez o más de una vez?	UNA 1 MAS DE UNA 2	
343	Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA

AHORA QUISIERA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE CUIDADOS PRENATALES Y LACTANCIA.

401	VER: 214, 213				
	UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1981 <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 <input type="checkbox"/>			
ANOTE EN COLUMNA RESPECTIVA EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981. COMIENZE CON ULTIMO NACIMIENTO		(PASE A SECCION 5)			
		Ultimo nacido vivo Nombre _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Anterior nacido vivo Nombre _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Anterior nacido vivo Nombre _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Anterior nacido vivo Nombre _____ Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>
402	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron a Ud. alguna inyección para prevenir al bebé contra el tétano?	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8
403	Durante su embarazo, se hizo control prenatal? SI LA RESPUESTA ES "SI" ANOTE AL MAS CALIFICADO	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Otro 4 No se controló 5	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Otro 4 No se controló 5	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Otro 4 No se controló 5	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Otro 4 No se controló 5
404	Quién le atendió el parto de (NOMBRE)? ANOTE EL MAS CALIFICADO	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Familiar 4 Otro 5 (especifique) _____ Ninguno 6	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Familiar 4 Otro 5 (especifique) _____ Ninguno 6	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Familiar 4 Otro 5 (especifique) _____ Ninguno 6	Doctor 1 Enfermera 2 Partera 3 Familiar 4 Otro 5 (especifique) _____ Ninguno 6
405	Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	Si 1 No 2 → 408			
406	Todavía está dándole pecho a (NOMBRE)?	Si 1 → 408 No 2 Niño murió 3			
407	Por cuántos meses le dió pecho a (NOMBRE)?	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Hasta que murió ... 97	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Hasta que murió ... 97	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Hasta que murió ... 97	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Hasta que murió ... 97
408	A los cuántos meses del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	No le volvió 97 Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	No le volvió 97 Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase a 410)	No le volvió 97 Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase a 410)	No le volvió 97 Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase a 410)
409	Ha tenido relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	Si (o embarazada) 1 No 2 (Pase próxima columna)			
410	A los cuántos meses del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase próxima columna)	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase próxima columna)	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase próxima columna)	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> (Pase a 411)
411	VEA 406	ESTA LACTANDO <input type="checkbox"/>	NO ESTA LACTANDO <input type="checkbox"/> (Pase a 417)		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																											
412	Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) entre el anochecer y el amanecer?	NUMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> CUANTAS VECES PIDIO 97																												
413	Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) ayer, durante el día?	NUMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> CUANTAS VECES PIDIO 97																												
414	En algún momento de ayer o anoche le dió a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos? LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>SOLO AGUA.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AGUA DE PANELA.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>JUGO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LECHE EN POLVO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LECHE VACA O CABRA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALGUN OTRO LIQUIDO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(especifique)</td> </tr> <tr> <td>ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	SOLO AGUA.	1	2	AGUA DE PANELA.	1	2	JUGO	1	2	LECHE EN POLVO	1	2	LECHE VACA O CABRA	1	2	ALGUN OTRO LIQUIDO	1	2	(especifique)			ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO	1	2	
	SI	NO																												
SOLO AGUA.	1	2																												
AGUA DE PANELA.	1	2																												
JUGO	1	2																												
LECHE EN POLVO	1	2																												
LECHE VACA O CABRA	1	2																												
ALGUN OTRO LIQUIDO	1	2																												
(especifique)																														
ALGUN ALIMENTO SOLIDO O MOLIDO	1	2																												
415	VEA 414 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> AL MENOS UN SI EN 414 <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NINGUN SI EN 414 <input type="checkbox"/> (Pase a 417) </div> </div>																													
416	Algunos de estos alimentos fueron dados en tetero?	SI 1 NO 2																												

417 VEA 401				
EN EL CUADRO SIGUIENTE ANOTE NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. PREGUNTE SOLO PARA SOBREVIVIENTES.				
No ORDEN DE NACIMIENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Ultimo hijo nacido vivo</i>	<i>Anterior nacido vivo</i>	<i>Anterior nacida vivo</i>	<i>Anterior nacida vivo</i>
	Nombre Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Nombre Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Nombre Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Nombre Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>
418 Tiene el carnet de vacunas de (NOMBRE) Si SI, lo puedo ver por favor?	Si, visto 1 Si, no visto 2 (Pase a 420) Sin carnet 3	Si, visto 1 Si, no visto 2 (Pase a 420) Sin carnet 3	Si, visto 1 Si, no visto 2 (Pase a 420) Sin carnet 3	Si, visto 1 Si, no visto 2 (Pase a 420) Sin carnet 3
419 ANOTE FECHAS DE VACUNAS CARNET	No DIA MES AÑO 1 BCG 1 DPT 1 1 Polio 1 1 DPT 2 1 Polio 2 1 DPT 3 1 Polio 3 1 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO 1 BCG 1 DPT 1 1 Polio 1 1 DPT 2 1 Polio 2 1 DPT 3 1 Polio 3 1 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO 1 BCG 1 DPT 1 1 Polio 1 1 DPT 2 1 Polio 2 1 DPT 3 1 Polio 3 1 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO 1 BCG 1 DPT 1 1 Polio 1 1 DPT 2 1 Polio 2 1 DPT 3 1 Polio 3 1 Sarampión (Pase a 421)
420 Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenir la enfermedad?	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8
421 (NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 24 horas?	Si 1 423 No 2 No sabe 8	Si 1 423 No 2 No sabe 8	Si 1 423 No 2 No sabe 8	Si 1 423 No 2 No sabe 8
422 (NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas dos semanas?	Si 1 No 2 (Pase siguiente columna) No sabe 8	Si 1 No 2 (Pase siguiente columna) No sabe 8	Si 1 No 2 (Pase siguiente columna) No sabe 8	Si 1 No 2 (Vaya a 426) No sabe 8
423 Llevó Ud a (NOMBRE) dónde un doctor u hospital ó clínica para tratarle la diarrea? Si SI, dónde lo llevó?	Doctor 1 Hospital/Clinica 2 No 3	Doctor 1 Hospital/Clinica 2 No 3	Doctor 1 Hospital/Clinica 2 No 3	Doctor 1 Hospital/Clinica 2 No 3
424 Le dieron a (NOMBRE) sales de rehidratación oral para tratarle la diarrea? (La última vez)	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8	Si 1 No 2 No sabe 8
425 Ud. o alguna otra persona hicieron algo más para tratar la diarrea? Si SI, que hicieron? ENCIERRE CODIGO 1 PARA TODOS LOS MENCIONADOS	Solución casera de azúcar, sal y agua 1 Tabletas, inyecciones o jarabes 1 Suero intravenoso 1 Aumento líquidos 1 Aumento sólidos 1 Suprimió sólidos 1 Otro 1 Nada 1 (Pase siguiente columna)	Solución casera de azúcar, sal y agua 1 Tabletas, inyecciones o jarabes 1 Suero intravenoso 1 Aumento líquidos 1 Aumento sólidos 1 Suprimió sólidos 1 Otro 1 Nada 1 (Pase siguiente columna)	Solución casera de azúcar, sal y agua 1 Tabletas, inyecciones o jarabes 1 Suero intravenoso 1 Aumento líquidos 1 Aumento sólidos 1 Suprimió sólidos 1 Otro 1 Nada 1 (Pase siguiente columna)	Solución casera de azúcar, sal y agua 1 Tabletas, inyecciones o jarabes 1 Suero intravenoso 1 Aumento líquidos 1 Aumento sólidos 1 Suprimió sólidos 1 Otro 1 Nada 1 (Pase a 426)
426 VEA 424	NO MENCIONA SALES DE REHIDRATACION	MENCIONA SALES DE REHIDRATACION <input type="checkbox"/> (Pase a 428)		
427 Alguna vez escuchó que exista un paquete de sales de rehidratación o suero oral para el tratamiento de la diarrea?	<input type="checkbox"/> SI 1			<input type="checkbox"/> NO 2

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
428	VEA 417 NOMBRE DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 _____ ACTUALMENTE VIVO <input type="checkbox"/> MURIO <input type="checkbox"/> (Pase a 501)		
429	Ha tenido (NOMBRE) fiebre en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	432
430	Llevó a (NOMBRE) donde el médico, a un hospital o a una clínica para tratarle la fiebre? Si SI, a dónde lo llevó?	MEDICO 1 HOSPITAL / CLINICA 2 NO 3	
431	Usted o alguna otra persona hicieron algo para tratarle la fiebre? Si SI, qué hicieron? MARQUE TODOS LOS MENCIONADOS	ANTIMALARICOS 1 ANTIBIOTICOS 1 LIQUIDO O JARABE 1 ASPIRINA 1 INYECCION 1 OTRO _____ 1 (especifique) NADA 1	
432	Ha tenido (NOMBRE) tos fuerte o dificultad para respirar o respiración agrtada en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	501
433	Llevó a (NOMBRE) donde el médico, a un hospital o a una clínica para tratar el problema? Si SI, a dónde lo llevó?	MEDICO 1 HOSPITAL / CLINICA 2 NO 3	
434	Hicieron usted u otra persona algo para tratar el problema? Si SI, qué hicieron? MARQUE TODOS LOS MENCIONADOS	ANTIBIOTICOS 1 JARABE PARA TOS 1 PASTILLAS 1 INYECCIONES 1 OTRO _____ 1 (especifique) NADA 1	

SECCION 5. NUPCIALIDAD

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
501	Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI 1 NO 2	515
502	Cuál es su estado civil actual?	CASADA 1 UNION LIBRE 2 VIUDA 3 DIVORCIADA 4 SEPARADA 5	
503	Ha estado Ud. casada o unida más de una vez?	UNA SOLA VEZ 1 MAS DE UNA VEZ 2	
504	En qué mes y año comenzó a vivir con su (primer) esposo (o compañero)?	MES <input type="text"/> NO SABE MES 98 AÑO <input type="text"/> NO SABE AÑO 98	506
505	Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD <input type="text"/>	
506	Están vivos su papá y su mamá?	SI NO PADRE 1 2 MADRE 1 2	
507	Están vivos el padre y la madre de su (primer) esposo (o compañero)?	SI NO NO SABE PADRE 1 2 8 MADRE 1 2 8	
508	VEA 506 y 507 <input type="checkbox"/> TODOS VIVOS (Pase a 511)	<input type="checkbox"/> OTROS CASOS ↓	
509	Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. comenzó a vivir con su (primer) esposo (o compañero)?	SI NO PADRE DE MUJER 1 2 MADRE DE MUJER 1 2 PADRE (PRIMER) ESPOSO 1 2 MADRE (PRIMER) ESPOSO 1 2	
510	VEA 509 <input type="checkbox"/> AL MENOS UN SI EN 509 ↓	<input type="checkbox"/> NINGUN SI EN 509 (Pase a 514)	
511	Cuando Ud. y su (primer) esposo (o compañero) empezaron a vivir juntos vivieron con alguno de sus padres o suegros, por lo menos durante 6 meses?	SI 1 NO 2	513
512	Durante cuántos años vivieron con los padres o suegros (primer esposo) en esa época?	AÑOS <input type="text"/> HASTA HOY 97	514
513	Está (n) viviendo ahora con ellos?	SI 1 NO 2	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
514	En cuántas localidades ha vivido por seis meses o más desde que se casó (por primera vez) (incluyendo este sitio)?	LOCALIDADES <input type="text"/> <input type="text"/>	516
515	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 9	523
AHORA QUISIERA HABLARLE CON MAS DETALLE ACERCA DE SU VIDA SEXUAL A FIN DE ENTENDER MEJOR LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LA REPRODUCCION HUMANA.			
516	Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	
517	Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 9	519 520
518	Cuántas veces?	VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519	Cuándo fué la última vez que tuvo relaciones sexuales?	HACE: DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO 997	523
520	VEA 219, 313, 315	EMBARAZADA <input type="checkbox"/> (Pase a 523)	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> USANDO <input type="checkbox"/> (Pase a 523) NO USANDO <input type="checkbox"/> (Continúe)
521	Si usted quedara embarazada en las próximas semanas, se sentiría feliz, disgustada (infeliz), o no le importaría mucho?	FELIZ 1 INFELIZ 2 NO IMPORTARIA 3	523
522	Cuál es la razón principal por la cual no está usando un método para evitar quedar embarazada? ANOTE LA RAZON PRINCIPAL	FALTA CONOCIMIENTO 01 SEXO INFRECUENTE 02 OPOSICION MARIDO 03 PROBLEMAS DE SALUD 04 EFECTOS SECUNDARIOS 05 MENOPAUSIA / SUBFECUNDA 06 DISPONIBILIDAD / ACCESIBILIDAD 07 COSTO 08 DIFICIL DE USAR 09 FATALISTA 10 ELLA ESTA EN CONTRA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR 11 OTRO 12 (especifique) NO SABE 98	
523	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 1 2 MARIDO 1 2 OTROS HOMBRES 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
601	VEA: 303 y 502 MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> (Pase a 609)	MARIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> (Pase a 610)	OTROS CASOS <input type="checkbox"/>
602	ACTUALMENTE CASADA O EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	NO ESTA UNIDA <input type="checkbox"/> (Pase a 612)	
603	AHORA QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO VEA 219. NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> : Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> : Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	QUIERE HIJO 1 NO MAS HIJOS 2 INDECISA O NO SABE 8	606 605
604	Diría Ud. que definitivamente no quiere tener (más) hijos, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE NO MAS NO ESTA SEGURA	612
605	Ud. se inclina más hacia tener un (otro) hijo o hacia no tener (más) hijos?	TENER UN (OTRO) NO TENER UN (OTRO) INDECISA	607 612
606	Diría Ud. que definitivamente quiere tener un (otro) hijo, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE SI QUIERE NO ESTA SEGURA	
607	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES AÑOS NO SABE	612
608	Qué edad le gustaría que tuviera su hijo menor antes de tener otro hijo?	AÑOS SIN HIJOS NO SABE	612
609	Le hicieron una operación cesárea cuando nació su último hijo?	SI NO NO SABE	
610	Lamenta que Ud. (su esposo) haya sido operada (operado) para no tener mas hijos?	SI NO	612
611	Le gustaría tener otro hijo o prefiere no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO NO MAS HIJOS INDECISA O NO SABE	
612	VEA 202 y 204 SIN HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> : Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> : Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO RANGO: ENTRE Y OTRA RESPUESTA _____ (especifique) _____ _____	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
701	VEA 501 ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O COMPAÑERO ACTUAL O MAS RECIENTE	SOLTERA <input type="checkbox"/> (Pase a 715)	
AHORA ME GUSTARIA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE SU (ULTIMO) ESPOSO O COMPAÑERO Y SOBRE SU TRABAJO Y EL DE EL.			
702	Fué a la escuela o colegio su esposo o compañero?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	706
703	Cuál fué el último año de estudio que aprobó?	PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 SUPERIOR 3 NO SABE 8	707
706	Puede (podía) él leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o no puede (podía) hacerlo?	CON FACILIDAD 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO 3	
707	Cuál es la principal ocupación que su esposo (compañero) tiene (tenía)? <input type="checkbox"/>	
708	MARQUE: NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN AGRICULTURA Y/O GANADERIA <input type="checkbox"/>	TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA Y/O GANADERIA <input type="checkbox"/> (Pase a 710)	
709	Gana (ganaba) un sueldo o salario permanente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	712
710	Trabaja (trabajaba) su esposo (compañero) principalmente en tierras propias (o de familiares), o en tierras de otros?	PROPIAS O DE LA FAMILIA DE OTROS 2	712
711	Trabaja (trabajaba) principalmente por dinero o trabaja (trabajaba) por una parte de las cosechas?	DINERO 1 PARTE DE COSECHAS 2 AMBOS 3	
712	Antes de que se casara (uniera) con su (primer) esposo (compañero), trabajó Ud. alguna vez para ganar dinero, en un lugar diferente a una finca o empresa familiar?	SI 1 NO 2	714
713	De lo que ganaba entonces, dió la mayor parte a su familia o la guardó para Ud. misma?	FAMILIA 1 ELLA MISMA 2	
714	Desde que se casó (por primera vez), alguna vez trabajó regularmente para ganar dinero, siempre que no haya sido en el campo o en una empresa familiar?	SI 1 NO 2	717 TERMI- NE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
715	Alguna vez trabajó regularmente para ganar dinero, en un lugar diferente a una finca o empresa familiar?	SI 1 NO 2	TERMI- NE
716	De lo que ganaba dió la mayor parte a su familia o lo guardó para usted misma?	FAMILIA 1 ELLA MISMA 2	
717	Trabaja Ud. actualmente para ganar dinero siempre que no sea en el campo o en una empresa familiar?	SI 1 NO 2	

SECCION 8. PESO Y TALLA

801	<p>REGISTRE EL PESO Y LA TALLA DE CADA HIJO ACTUAL- MENTE VIVO CON EDAD ENTRE 3 Y 36 MESES (3 AÑOS) CUMPLIDOS. REGISTRE LOS NOMBRES COMENZANDO CON EL ULTIMO O MAS PEQUEÑO</p> <p>NUMERO DE ORDEN</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____</p> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO : . . . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CMS. : . . . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Razón)</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____</p> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CMS : . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Razón)</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____</p> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CMS. : . . . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Razón)</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____</p> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CMS. : . . . <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Razón)</p>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTA

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA:

FECHA:

PERSONA ENTREVISTADA:

.....

.....

PREGUNTAS ESPECIFICAS:

.....

.....

.....

.....

.....

OTROS ASPECTOS:

.....

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

.....

.....

.....

.....

SUPERVISORA: FECHA:

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA

.....

.....

.....

.....

CRITICO: FECHA:

ENTRADA: FECHA:

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PESO

NOMBRE DE LA SUPERVISORA : _____

MEDICION 1 2 FECHA _____

NIÑO	NUMERO	KILOS	GRAMOS
	1	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	3	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	4	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	5	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	6	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	7	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	9	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	10	<input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA TALLA

NOMBRE DE LA SUPERVISORA : _____

MEDICION 1 2 FECHA _____

NIÑO	NUMERO	CENTIMETROS	MILIMETROS
	1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>
	10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	. <input type="text"/>

NIÑO No.	NOMBRE SUPERVISORA						PROMEDIO GRUPO
	Medición 1 (a)						
	Medición 2 (b)						
	Diferencia med. (a-b)	Precisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sumatoria med. (a+b)=s						
	Sumatoria Prom.grup.(\bar{S})						$\bar{S} = \text{_____} =$
	Diferencia sumat. (s- \bar{S})	Exactitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medición 1 (a)						
	Medición 2 (b)						
	Diferencia med. (a-b)	Precisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sumatoria med. (a+b)=s						
	Sumatoria Prom.grup.(\bar{S})						$\bar{S} = \text{_____} =$
	Diferencia sumat. (s- \bar{S})	Exactitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medición 1 (a)						
	Medición 2 (b)						
	Diferencia med. (a-b)	Precisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sumatoria med. (a+b)=s						
	Sumatoria Prom.grup.(\bar{S})						$\bar{S} = \text{_____} =$
	Diferencia sumat. (s- \bar{S})	Exactitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medición 1 (a)						
	Medición 2 (b)						
	Diferencia med. (a-b)	Precisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sumatoria med. (a+b)=s						
	Sumatoria Prom.grup.(\bar{S})						$\bar{S} = \text{_____} =$
	Diferencia sumat. (s- \bar{S})	Exactitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	