
 <p>CORPORACION CENTRO REGIONAL DE POBLACION</p>	<p>CONFIDENCIAL</p> <p>La información solicitada en este cuestionario es de carácter confidencial y solo se utilizará con fines científicos.</p>
 <p>MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA</p>	

ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA DEMOGRAFIA Y SALUD.

1986

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION

1. CUESTIONARIO No.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
2. DEPARTAMENTO _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
3. MUNICIPIO _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
4. AREA URBANA 1, RURAL 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5. SEGMENTO No.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
6. VIVIENDA No.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
7. HOGAR No.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
8. DIRECCION DE LA VIVIENDA _____	
9. NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

RESULTADOS DE LAS VISITAS

VISITA	1a.	2a.	3a.	
FECHA				1. FECHA DE LA ULTIMA VISITA <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mes Dia </div>
RESULTADO				2. NUMERO DE VISITAS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
ENTREVISTADORA				3. DURACION DE LA ENTREVISTA <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Minutos</div>
HORA DE INICIACION				4. CODIGO DE LA ENTREVISTADORA <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
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 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

1

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"/>	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"/> NO SABE MES 98 AÑO <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"/>	
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"/> SECUNDARIA <input type="text"/> SUPERIOR <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 HIJAS EN CASA	
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 HIJAS FUERA	
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 minutos, horas o días?	SI 1 NO..... 2	208
207	Cuántos niños (varones) han muerto? y Cuántas niñas han muerto?	HIJOS MUERTOS HIJAS MUERTAS	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205, 207 Y ANOTE EL TOTAL	TOTAL	
209	Quisiera asegurarme que tengo la información correcta, Ud. ha tenido en total [] 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)		

3

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, estén 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 SEPARA- DAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	212 Es (NOM- BRE) hombre o mujer?	213 (NOM- BRE) está vivo?	214 En qué mes y año nació? (NOMBRE)	215 SI ESTA VIVO Cuántos años cum- plidos 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
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 1</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 2</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 3</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 4</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 5</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 6</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 7</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 8</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 9</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 0</div>	Hombre 1 Mujer 2	Si 1 No 2	Mes <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Año <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Edad	Si 1 No 2	Días 1 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Meses 2 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div> Años 3 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></div>

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 3	224				
220	Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
221	Durante este embarazo le han aplicado alguna inyección para proteger al bebé contra el tétano?	SI 1 NO 2 NO SABE 3					
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 99					
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 ESPOSO 1 2 OTROS HOMBRRES 1 2 OTRAS MUJERES 1 2					

SECCION 3. ANTICONCEPCION


5

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 CODIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. ENCIERRE EL CODIGO 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? (CODIGOS ABAJO)	306 En su opinion cuál es el problema principal si lo hay, con el uso de (la) (METODO) (CODIGOS 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"/>	Otro <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"/>	Otro <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"/>	Otro <input type="text"/> (especifique)																																																			
METODOS VAGINALES Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio, u ovulos, diafragma, o crema antes de tener relaciones sexuales	Si espontáneo 1 Si reconocido 2 No 3	Si 1 No 2	Código <input type="text"/>	Otro <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"/>	Otro <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"/>	Otro <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"/>	Otro <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 o ha ido para obtener consejo acerca de la abstinencia periódica? <input type="text"/>	Otro <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"/>																																																			
OTROS METODOS 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Códigos para 304</th> <th colspan="2">Códigos para 306</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ninguno</td> <td>01</td> <td>Ninguno</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Hospital / Centro o Puesto Salud</td> <td>02</td> <td>No es efectivo</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Clinica / Hospital Privado</td> <td>03</td> <td>Compañero desaprueba</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Clinica Profamilia</td> <td>04</td> <td>Problemas de salud</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Puesto distribución Profamilia</td> <td>05</td> <td>Efectos secundarios</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Médico particular (ginecólogo)</td> <td>06</td> <td>Disponibilidad / Accesibilidad</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Droguería</td> <td>07</td> <td>Costo</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Caja Compensación</td> <td>08</td> <td>Difícil usar</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Seguro Social</td> <td>09</td> <td>Temor / olvido</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>Caja Nacional</td> <td>10</td> <td>Otro</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Otro sitio</td> <td>11</td> <td>(especificar arriba)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>	Códigos para 304		Códigos para 306		Ninguno	01	Ninguno	01	Hospital / Centro o Puesto Salud	02	No es efectivo	02	Clinica / Hospital Privado	03	Compañero desaprueba	03	Clinica Profamilia	04	Problemas de salud	04	Puesto distribución Profamilia	05	Efectos secundarios	05	Médico particular (ginecólogo)	06	Disponibilidad / Accesibilidad	06	Droguería	07	Costo	07	Caja Compensación	08	Difícil usar	08	Seguro Social	09	Temor / olvido	09	Caja Nacional	10	Otro	10	Otro sitio	11	(especificar arriba)		No sabe	98	No sabe	98
Códigos para 304		Códigos para 306																																																					
Ninguno	01	Ninguno	01																																																				
Hospital / Centro o Puesto Salud	02	No es efectivo	02																																																				
Clinica / Hospital Privado	03	Compañero desaprueba	03																																																				
Clinica Profamilia	04	Problemas de salud	04																																																				
Puesto distribución Profamilia	05	Efectos secundarios	05																																																				
Médico particular (ginecólogo)	06	Disponibilidad / Accesibilidad	06																																																				
Droguería	07	Costo	07																																																				
Caja Compensación	08	Difícil usar	08																																																				
Seguro Social	09	Temor / olvido	09																																																				
Caja Nacional	10	Otro	10																																																				
Otro sitio	11	(especificar arriba)																																																					
No sabe	98	No sabe	98																																																				

307 VEA 303

NI UN SOLO "SI" EN 303
(NUNCA HA USADO)

☐

AL MENOS UN "SI" EN 303
(HA USADO METODO)

☐

(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"/> ↓ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> (Pase a 312) </div> <div style="text-align: center;"> NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> (Pase a 315) </div> </div> </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 mandaría 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?	PILOORA 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	Ha usado Ud. siempre el (MARCA DE PASTILLA)?	<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	Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	<p>COSTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATIS 997</p> <p>NO SABE 998</p>	
318 A	En qué sitio compra con más frecuencia la pastilla?	<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 INDIFERENTE 3	320
318 C	Por qué prefiere en cajita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> USA CONDON 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 NEOSAMPOON 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	<p>En qué sitio compra con más frecuencia los condones?</p> <p>HOSPITAL, CENTRO / PUESTO 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 SALUD 09</p> <p>SEGURO SOCIAL 10</p> <p>OTRO SITIO 11</p> <p>_____ (especifique)</p> <p>NO SABE 98</p> <p>(Pase a 320)</p>	<p>En qué sitio compra con más frecuencia los vaginales?</p> <p>HOSPITAL, CENTRO / PUESTO 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 SALUD 09</p> <p>SEGURO SOCIAL 10</p> <p>OTRO SITIO 11</p> <p>_____ (especifique)</p> <p>NO SABE 98</p> <p>(Pase a 320)</p>

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?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	322
320	Dónde obtuvo este método (ó de quien recibió consejo) la última vez?	<p>HOSPITAL, CENTRO / PUESTO 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 SALUD 09</p> <p>SEGURO SOCIAL 10</p> <p>OTRO SITIO 11</p> <p>_____ (especifique)</p> <p>NO SABE 98</p> <p>NO RECUERDA 99</p>	

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

345	VEA 214 219 HA TENIDO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 O EMBARAZADA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO NACIDO DESDE ENERO 1981 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> (PASE A SECCION 5)
346	MARQUE SI ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE Y ANOTE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981 DESPUES MARQUE SI USO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO VEA 307 ALCUNA VEZ USO UN METODO <input type="checkbox"/> (PREGUNTE 347 -353 PARA CABA COLUMNA) NUNCA USO UN METODO <input type="checkbox"/> (PREGUNTE 352 PARA CADA COLUMNA)	

AHORA QUISERA OBTENER MAS INFORMACION SOBRE (SU EMBARAZO Y) LOS HIJOS QUE TUVO DESDE ENERO DE 1981


	EMBARAZADA ACTUALMENTE	Ultimo nacido vivo	Anterior nacido vivo	Anterior nacido vivo	Anterior nacido vivo
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
347 Antes de quedar embarazada de (NOMBRE) (pero después del nacimiento de) había hecho Ud algo o había usado algún método para no quedar embarazada aunque fuera por poco tiempo?	Si 1 No 2 352	Si 1 No 2 352	Si 1 No 2 352	Si 1 No 2 352	Si 1 No 2 352
348 ¿Cuál fue el último método que usó entonces?	ULTIMO Píldora 01 Condón 02 Condón y Dia 03 Vaginales 04 Vaginales y Dia 05 Inyectable 06 Dia 07 Retiro 08 Abstinencia periódica 09 Abstinencia periódica y condón 10 Abstinencia periódica y retiro 11 Otro 12 (especifique)	ULTIMO Píldora 01 Condón 02 Condón y Dia 03 Vaginales 04 Vaginales y Dia 05 Inyectable 06 Dia 07 Retiro 08 Abstinencia periódica 09 Abstinencia periódica y condón 10 Abstinencia periódica y retiro 11 Otro 12 (especifique)	ULTIMO Píldora 01 Condón 02 Condón y Dia 03 Vaginales 04 Vaginales y Dia 05 Inyectable 06 Dia 07 Retiro 08 Abstinencia periódica 09 Abstinencia periódica y condón 10 Abstinencia periódica y retiro 11 Otro 12 (especifique)	ULTIMO Píldora 01 Condón 02 Condón y Dia 03 Vaginales 04 Vaginales y Dia 05 Inyectable 06 Dia 07 Retiro 08 Abstinencia periódica 09 Abstinencia periódica y condón 10 Abstinencia periódica y retiro 11 Otro 12 (especifique)	ULTIMO Píldora 01 Condón 02 Condón y Dia 03 Vaginales 04 Vaginales y Dia 05 Inyectable 06 Dia 07 Retiro 08 Abstinencia periódica 09 Abstinencia periódica y condón 10 Abstinencia periódica y retiro 11 Otro 12 (especifique)
349 Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>
350 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	Si 1 353 No 2	Si 1 353 No 2	Si 1 353 No 2	Si 1 353 No 2	Si 1 353 No 2
351 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	Embarazarse 01 Sexo infrecuente 03 Oposición marido 04 Problemas salud 05 Efectos secundarios 06 Disponibilidad/Accesibilidad 07 Costo 08 Dificil usar 09 Fatalista 10 Otro 11 (especifique) No sabe 98	Embarazarse 01 Sexo infrecuente 03 Oposición marido 04 Problemas salud 05 Efectos secundarios 06 Disponibilidad/Accesibilidad 07 Costo 08 Dificil usar 09 Fatalista 10 Otro 11 (especifique) No sabe 98	Embarazarse 01 Sexo infrecuente 03 Oposición marido 04 Problemas salud 05 Efectos secundarios 06 Disponibilidad/Accesibilidad 07 Costo 08 Dificil usar 09 Fatalista 10 Otro 11 (especifique) No sabe 98	Embarazarse 01 Sexo infrecuente 03 Oposición marido 04 Problemas salud 05 Efectos secundarios 06 Disponibilidad/Accesibilidad 07 Costo 08 Dificil usar 09 Fatalista 10 Otro 11 (especifique) No sabe 98	Embarazarse 01 Sexo infrecuente 03 Oposición marido 04 Problemas salud 05 Efectos secundarios 06 Disponibilidad/Accesibilidad 07 Costo 08 Dificil usar 09 Fatalista 10 Otro 11 (especifique) No sabe 98
352 Cuando quedó embarazada ¿quería tener el niño entonces? ¿quería tenerlo más tarde o no quería tener (más) hijos?	Entonces 1 Mas tarde 2 No quería más hijos 3 (Pase a la siguiente columna)	Entonces 1 Mas tarde 2 No quería más hijos 3 (Pase a la siguiente columna)	Entonces 1 Mas tarde 2 No quería más hijos 3 (Pase a la siguiente columna)	Entonces 1 Mas tarde 2 No quería más hijos 3 (Pase a la siguiente columna)	Entonces 1 Mas tarde 2 No quería más hijos 3 (Pase a la siguiente columna)
353 ¿Quería tener usted ese hijo pero más tarde, o no quería tener otro hijo definitivamente	Tenerlo luego 1 No tener 2 (Pase a la siguiente columna)	Tenerlo luego 1 No tener 2 (Pase a la siguiente columna)	Tenerlo luego 1 No tener 2 (Pase a la siguiente columna)	Tenerlo luego 1 No tener 2 (Pase a la siguiente columna)	Tenerlo luego 1 No tener 2 (Pase a la siguiente columna)

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA

13

AHORA QUISIERA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE CUIDADOS PRENATALES Y LACTANCIA.

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

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> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOLO AGUA.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AGUA DE PANELA.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>JUGO.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>LECHE EN POLVO.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>LECHE VACA O CABRA.</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ALGUN OTRO LIQUIDO.</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> (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	
	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																						
415	VEA 414 AL MENOS UN SI EN 414 <input type="checkbox"/> 	NINGUN SI EN 414 <input type="checkbox"/> (Pase a 417)																						
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"/>
	Ultimo hijo nacido vivo	Anterior nacido vivo	Anterior nacido vivo	Anterior nacido vivo
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	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 BCG DPT 1 Polio 1 DPT 2 Polio 2 DPT 3 Polio 3 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO BCG DPT 1 Polio 1 DPT 2 Polio 2 DPT 3 Polio 3 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO BCG DPT 1 Polio 1 DPT 2 Polio 2 DPT 3 Polio 3 Sarampión (Pase a 421)	No DIA MES AÑO BCG DPT 1 Polio 1 DPT 2 Polio 2 DPT 3 Polio 3 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 (Pase 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"/>	<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?	Si 1 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 agitada 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

19

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"/> (Pase a 511)	TODOS VIVOS <input type="checkbox"/> OTROS CASOS <input type="checkbox"/>	
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 NINGUN SI EN 509 <input type="checkbox"/> (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
516	<p>AHORA QUISIERA HABLARLE CON MAS DETALLE ACERCA DE SU VIDA SEXUAL A FIN DE ENTENDER MEJOR LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LA REPRODUCCION HUMANA.</p> 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 MARIPO 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

21

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 2	612
605	Ud. se inclina más hacia tener un (otro) hijo o hacia no tener (más) hijos?	TENER UN (OTRO) 1 NO TENER UN (OTRO) 2 INDECISA 8	607 612
606	Diría Ud. que definitivamente quiere tener un (otro) hijo, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE SI QUIERE 1 NO ESTA SEGURA 2	
607	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES 1 AÑOS 2 NO SABE 998	612
608	Qué edad le gustaría que tuviera su hijo menor antes de tener otro hijo?	AÑOS SIN HIJOS 97 NO SABE 98	612
609	Le hicieron una operación cesárea cuando nació su último hijo?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
610	Lamenta que Ud. (su esposo) haya sido operada (operado) para no tener mas hijos?	SI 1 NO 2	612
611	Le gustaría tener otro hijo o prefiere no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO 1 NO MAS HIJOS 2 INDECISA O NO SABE 3	
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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O COMPAÑERO ACTUAL O MAS RECIENTE </div> <div style="text-align: center;"> SOLTERA <input type="checkbox"/> (Pase a 715) </div> </div>		
702	AHORA ME GUSTARIA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE SU (ULTIMO) ESPOSO O COMPAÑERO Y SOBRE SU TRABAJO Y EL DE EL. 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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN AGRICULTURA Y/O GANADERIA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA Y/O GANADERIA <input type="checkbox"/> (Pase a 710) </div> </div>		
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 1 DE OTROS 2	713
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> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>NOMBRE _____</div> </div> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO .</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO : . . .</p> <p>PESO EN KILOS</p> <p>ESTATURA EN CMS.</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>NOMBRE _____</div> </div> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>(Razón)</p> <p>MES DE NACIMIENTO</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO</p> <p>PESO EN KILOS :</p> <p>ESTATURA EN CMS :</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>NOMBRE _____</div> </div> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>(Razón)</p> <p>MES DE NACIMIENTO</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO</p> <p>PESO EN KILOS :</p> <p>ESTATURA EN CMS. :</p>
	<p>NUMERO DE ORDEN</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>NOMBRE _____</div> </div> <p>IMPOSIBLE REGISTRAR</p>	<p>(Razón)</p> <p>MES DE NACIMIENTO :</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO :</p> <p>PESO EN KILOS :</p> <p>ESTATURA EN CMS. :</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"/> . <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"/>

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"/> . <input type="text"/>
	2	<input type="text"/> <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"/> . <input type="text"/>
	4	<input type="text"/> <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"/> . <input type="text"/>
	6	<input type="text"/> <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"/> . <input type="text"/>
	8	<input type="text"/> <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"/> . <input type="text"/>
	10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>

HOJA RESUMEN DE

EJERCICIO REALIZADO EN FECHA

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