



**COLOMBIA  
PROFAMILIA**  
ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA

**ENCUESTA DE PREVALENCIA, DEMOGRAFIA Y SALUD  
1.990**

IDENTIFICACION																													
CUESTIONARIO No. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
DEPARTAMENTO _____																													
MUNICIPIO _____																													
AREA: URBANA 1 RURAL 2 _____																													
SEGMENTO No. _____																													
VIVIENDA No. _____																													
HOGAR No. _____																													
DIRECCION DE LA VIVIENDA _____																													
No. DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGARES _____																													

RESULTADO DE LAS VISITAS												
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL								
FECHA				FECHA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">DIA</td><td colspan="2">MES</td></tr></table>					DIA		MES	
DIA		MES										
RESULTADO												
ENTREVISTADORA				NUMERO DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>								
HORA DE INICIACION				DURACION DE LA ENTREVISTA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">MINUTOS</td></tr></table>					MINUTOS			
MINUTOS												
HORA DE TERMINACION				CODIGO DE LA ENTREVISTADORA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA   2 AUSENTE   3 APLAZADA   4 RECHAZO   5 RESPONDIDA PARCIALMENTE 6 VIVIENDA DESOCUPADA   7 OTRO _____ (ESPECIFIQUE)												

	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	GRABADO POR
NOMBRE			
FECHA			

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. 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?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3	
103	En qué mes y año nació Ud.?	MES..... NO SABE EL MES.....98 AÑO..... NO SABE EL AÑO.....98	
104	Cuántos años cumplidos tiene?  COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS....	
105	Alguna vez asistió a la escuela o colegio?	SI.....1 NO.....2 → 109	
106	Cuál fue el nivel escolar más alto al que asistió: primaria, secundaria o superior?	PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 SUPERIOR.....3	
107	Cuál fue el último año de estudios que aprobó en ese nivel?	GRADO.....	
108	VERIFIQUE 106: PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> → 110		
109	Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FACILMENTE.....1 CON DIFICULTAD.....2 IMPOSIBLE.....3 → 111	
110	Lee Ud. un periódico por lo menos una vez a la semana?	SI.....1 NO.....2	
111	Generalmente usted escucha radio todos los días?	SI.....1 NO.....2	
112	Generalmente ve Ud. televisión todas las semanas?	SI.....1 NO.....2	

# SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
201	Ahora, me gustaria preguntarle acerca de todos los nacimientos que Ud. ha tenido durante su vida. Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI.....1 NO.....2	206
202	Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con Ud.?	SI.....1 NO.....2	204
203	Cuántas hijas y cuántos hijos viven con Ud.?  SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... HIJOS EN CASA.....	
204	Tiene Ud. alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI.....1 NO.....2	206
205	Cuántas hijas o hijos vivos no están viviendo con Ud?  SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... HIJOS FUERA.....	
206	Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, (INDAGUE: Tuvo usted algún (otro) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que solo vivió pocas horas o días?	SI.....1 NO.....2	208
207	Cuántas hijas han muerto? Cuántos hijos han muerto?  SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... HIJOS MUERTOS.....	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL  SI NINGUNO O EN BLANCO ANOTE "00"	TOTAL.....	
209	VERIFIQUE 208:  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 201 - 209 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208:  UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		225

211 Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos sus hijos, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

(ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Cómo se llama el primer (siguiente) hijo que tuvo?	ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)?	Está (NOMBRE) aún vivo?	SI ESTA VIVO: Cuántos años cumplidos tiene?	SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD: Con quién vive? SI 15+ : VAYA AL SIGUIENTE NACIMIENTO	SI ESTA MUERTO: Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.
B1  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B2  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B3  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B4  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B5  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B6  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3
B7  (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.....1 M.....2	MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS  ↓ 220	SI.....1 (VAYA AL PROXIMO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO PARIEN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)?	Está (NOMBRE) aún vivo?	SI ESTA VIVO: Cuántos años cumplidos tiene?	SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD: Con quién vive? SI 15+ : VAYA AL SIGUIENTE NACIMIENTO	SI ESTA MUERTO: Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.
88 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT...2	H...1 M...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS ↓ 220	SI...1 (VAYA AL PROXIMO) ↓ NO...2	PADRE...1 OTRO PAREN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
89 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT...2	H...1 M...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS ↓ 220	SI...1 (VAYA AL PROXIMO) ↓ NO...2	PADRE...1 OTRO PAREN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
90 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT...2	H...1 M...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS ↓ 220	SI...1 (VAYA AL PROXIMO) ↓ NO...2	PADRE...1 OTRO PAREN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
91 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT...2	H...1 M...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS ↓ 220	SI...1 (VAYA AL PROXIMO) ↓ NO...2	PADRE...1 OTRO PAREN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
92 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT...2	H...1 M...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS ↓ 220	SI...1 (VAYA AL PROXIMO) ↓ NO...2	PADRE...1 OTRO PAREN.2 ALGUIEN MAS.3 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
221 COMPARE 220 CON EL NUMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> (INDAGUE Y CORRIJA SI ES NECESARIO)								
222 VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1985 <input type="text"/> SI NINGUNO, ANOTE 0 Y VAYA A 224. <input type="text"/>								
223 POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1985 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "N"								
224 AL FINAL DEL CALENDARIO, PONGA EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO NACIDO ANTES DE ENERO DE 1985, SI ESE ES EL CASO.								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
225	Está Ud. embarazada actualmente?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→ 228
226	Cuántos meses de embarazo tiene? SI NO SABE, INDAGUE: Cuando tuvo la última regla?  <b>ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA</b>	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	Quando Ud. quedó embarazada, Ud. quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería quedar embarazada?	EN ESE MOMENTO.....1 MAS TARDE.....2 NO QUERIA.....3	
228	Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	→ 234
229	Quando terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
230	<b>VERIFIQUE 229:</b>  ULTIMA PERDIDA TERMINO  DESPUES DE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/>	<b>ANTES DE ENERO DE 1985</b> <input type="checkbox"/>	→ 234
231	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando el embarazo terminó?  <b>ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE TERMINACION DEL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE ESTUVO EMBARAZADA.</b>	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	Tuvo alguna vez otro embarazo en el cuál tuvo pérdida, abortó o terminó en un nacido muerto?	SI.....1  Cuántos más:..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO.....2	→ 234
233	<b>PREGUNTE POR LAS FECHAS Y DURACIONES DE CUALQUIERA OTRO EMBARAZO HASTA ENERO DE 1985, PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DEL EMBARAZO TERMINADO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.</b>		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
234	Cuándo tuvo su última regla?	HACE: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 AÑOS.....4  ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO...994 NUNCA HA MENSTRUADO.....995 ESTA EN LA MENOPAUSIA.....996	
235	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)	
236	Sabe Ud. qué es una citología vaginal?	SI.....1 NO (EXPLIQUE).....2	
237	Alguna vez se ha mandado a hacer una citología vaginal?	SI.....1 NO.....2	301
238	Cuántas veces le han hecho la citología?	No. DE VECES..... NO RECUERDA.....88	
239	Con qué frecuencia se la ha mandado hacer?	UNA VEZ AL AÑO.....1 DOS VECES AL AÑO.....2 MAS ESPACIADA.....3 CUANDO LE HAN PEDIDO HACERLA.....4 SOLO SE LA HA HECHO UNA VEZ.....5 NO RECUERDA.....8	
240	Cuándo fue la última vez que se la hicieron?	MES..... AÑO..... NO RECUERDA.....88	
241	Dónde se la hicieron?	PROFAMILIA.....1 LIGA CONTRA EL CANCER.....2 MEDICO PARTICULAR.....3 ISS, CAJANAL, OTRA.....4 HOSPITAL, CLINICA.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA.....8	

### SECCION 3. ANTICONCEPCION

<b>301</b>	<p>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?</p> <p>ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.          PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302.          ENCIERRE EL CÓDIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO.          LUEGO PREGUNTE 303 Y 304 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.</p>			
		302 Conoce o ha oído hablar de (METODO)?	303 Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?	304 Sabe Ud. dónde se consigue el (METODO)?
01	PILDORA • Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
02	DIU • El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "I" dorada).	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
03	INYECCION • Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
04	MÉTODOS VAGINALES • Las mujeres pueden colocarse en la vagina una esponja, supositorio, diafragma, pastilla o crema antes de tener relaciones sexuales.	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
05	PRESERVATIVO O CONDON • Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
06	ESTERILIZACION FEMENINA • Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura, desconexión).	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	Ha tenido Ud una operación para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
07	ESTERILIZACION MASCULINA • Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA o desconexión del hombre).	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	Ha sido esterilizado su esposo o compañero? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
08	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 ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	Sabe dónde puede una persona obtener consejo sobre el ritmo o método del calendario o de Billings? SI.....1 NO.....2
09	RETIRO • Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular.	SI ESPONTANEO.....1 SI RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
10	OTROS MÉTODOS • Ha oído Ud. de algunas formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar los embarazos?	SI ESPONTANEO.....1 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
	1 _____ (ESPECIFIQUE)		SI.....1 NO.....2	
<b>305</b>	<p>VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" (HA USADO METODO) <input type="checkbox"/> PASE A 309</p>			



No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A PREG.
306	Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	308
307	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		333
308	<p>Qué ha usado o qué ha hecho?</p> <p>CORRIJA 303-305 ( Y 302 SI ES NECESARIO ).</p>		
309	<p>Qué fue lo primero que hizo o qué método usó para demorar o evitar quedar embarazada?</p>	<p>PILDORA.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INYECCION.....03</p> <p>VAGINALES.....04</p> <p>CONDON.....05</p> <p>ESTERILIZ/FEMENINA.....06</p> <p>ESTERILIZ/MASCULINA.....07</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA.....08</p> <p>RETIRO.....09</p> <p>OTRO.....10</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	311
310	<p>Dónde fue Ud. a conseguir este método la primera vez?</p>	<p>HPTAL/CENTRO/PUESTO SALUD.....01</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....02</p> <p>PTO DISTRIBUCION PROFAMILIA.....03</p> <p>CLINICA/HPTAL PRIVADO.....04</p> <p>MEDICO PARTICULAR (Ginecólogo)05</p> <p>DRUGERIA.....06</p> <p>CAJA COMPENSACION.....07</p> <p>SEGURO SOCIAL.....08</p> <p>CAJA NACIONAL DE PREVISION.....09</p> <p>OTRO SITIO.....10</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECUERDA.....98</p>	
311	<p>Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada?</p> <p>SI NINGUNO ANOTE "00"</p>	<p>NUMERO DE HIJOS.....<input type="text"/></p>	
312	<p>VERIFIQUE 225:</p> <p>NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/>      EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		331
313	<p>VERIFIQUE 303</p> <p>MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>      MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p>		315A
314	<p>Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	331

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
315	¿Qué métodos están Uds. usando?	PILDORA.....01 CONDOM.....02 CONDOM Y DIU.....03 VAGINALES.....04 VAGINALES Y DIU.....05 INYECTABLES.....06 DIU.....07 ESTERILIZACION FEMENINA.....08 ESTERILIZACION MASCULINA.....09 ABSTINEN. PERIODICA Y CONDOM.....10 ABSTINENCIA PERIODICA.....11 ABSTINEN. PERIODICA Y RETIPO.....12 RETIRO.....13 OTRO.....14 (ESPECIFIQUE)	→ 320C → 323 → 321 → 320C → 326
315A	ENCIERRE "00" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		
316	¿Cuándo comenzó a usar la pildora, consultó con algún doctor o enfermera?	SI.....1 NO.....2 NO RECUERDA.....8	
317	¿La última vez que Ud. consiguió pastillas, consultó con un doctor o una enfermera?	SI.....1 NO.....2	
318	¿Puedo ver el paquete de pildoras que Ud. está usando ahora? (ANOTE NOMBRE DE LA MARCA)	MOSTRO ENPAQUE.....1 MARCA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO MOSTRO ENPAQUE.....2	→ 319A
319	Por favor dígame el nombre o marca de la pildora que está usando:  MUESTRE LA PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE CODIGO APROPIADO	MORIDAY.....01 EUGINON.....02 NEOGYNON 21.....03 NEOGYNON 28.....04 MICROGYNON 21.....05 MICROGYNON 28.....06 NORAL 21.....07 NORAL 28.....08 NORDETTE 21.....09 NORDETTE 28.....10 OVRAL 21.....11 OTRA MARCA.....12 (ESPECIFIQUE)	
319A	¿Ha usado siempre el (MARCA DE PASTILLAS)?	SI.....1 NO.....2	→ 320
319B	¿Qué marcas de pastillas ha usado en el pasado?  MUESTRE DE NUEVO PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE TODAS LAS MENCIONADAS POR LA ENTREVISTADA	MORIDAY.....01 EUGINON.....02 NEOGYNON 21.....03 NEOGYNON 28.....04 MICROGYNON 21.....05 MICROGYNON 28.....06 NORAL 21.....07 NORAL 28.....08 NORDETTE 21.....09 NORDETTE 28.....10 OVRAL 21.....11 OTRA MARCA.....12 (ESPECIFIQUE)	
320	¿Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	COSTO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS.....996 NO SABE.....998	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
320A	¿Qué clase de empaque de pastillas prefiere?	EN CAJITA.....1 EN SOBRE.....2 LE ES INDIFERENTE.....3	→ 320B → 323
320B	Por qué prefiere en cajita?	_____ _____ _____	→ 323
320C	VEA 315  SEÑALE COLUMNA APROPIADA Y HAGA PREGUNTAS RESPECTIVAS MOSTRANDO PRESENTACION GRAFICA DE MARCAS DE LOS SIGUIENTES METODOS		
	USA CONDON Cod. 02, 03 y 10  <input type="checkbox"/>	USA VAGINALES Cod. 04 y 05  <input type="checkbox"/>	USA INYECTABLES Cod. 06  <input type="checkbox"/>
320D	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 SANAMED.....12 OTROS.....13 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	Por favor dígame el nombre o marca del método (vaginal) que está usando:  NORFORMS.....01 NEOSAMPON TUBOS.....02 NEOSAMPON TABLETAS.....03 ENKO 40 GRS.....04 ENKO BECAUSE.....05 FARNA 12.....06 OTROS.....07 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	Por favor dígame el nombre o marca de la inyección que está usando:  NORISTERAT.....01 PERLUTAL.....02 DEPOPROVERA.....03 OTROS.....04 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98
320E	Ha usado siempre esta marca de condones?  SI.....1 → 320G NO.....2	Ha usado siempre vaginales (MARCA MENCIONADA)?  SI.....1 → 323 NO.....2	Ha usado Ud. siempre inyecciones de (MARCA MENCIONADA)?  SI.....1 → 323 NO.....2
320F	¿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 SANAMED.....1 OTROS.....1 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....0  PASE A 320G	¿Qué marcas de vaginales ha usado en el pasado?  NORFORMS.....1 NEOSAMPON TUBOS.....1 NEOSAMPON TABLETAS.....1 ENKO 40 GRS.....1 ENKO BECAUSE.....1 FARNA 12.....1 OTROS.....1 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....0  PASE A 323	¿Qué marcas de inyecciones ha usado en el pasado?  NORISTERAT.....1 PERLUTAL.....1 DEPOPROVERA.....1 OTROS.....1 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....0  PASE A 323

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
320G	Cuando su esposo(compañero) ha usado condón, lo ha usado como único método, o al mismo tiempo que Ud. estaba usando algún otro método?	UNICO METODO.....1 AL TIEMPO CON OTRO.....2	→ 320J
320H	Al mismo tiempo que cuál otro método?	_____ METODO	
320I	De cada 10 veces que usó condón, cuántas veces lo usó al mismo tiempo que otro método?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
320J	Alguna vez han usado el condón como método provisional para usar antes de otro método?	SI.....1 NO.....2	→ 320M
320K	Antes de qué otro método?	_____ METODO	
320L	De cada 10 veces que usó condón, cuántas veces lo usó como método provisional?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
320M	Han usado el condón alguna vez, no para evitar un embarazo sino, para evitar el contagio de alguna enfermedad?	SI.....1 NO.....2	→ 320O
320N	De cada 10 veces que usó condón, cuántas veces lo usó para evitar el contagio?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
320O	Sabe Ud. si su esposo(lo compañero) ha usado más de un condón en una misma relación?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→ 323
320P	De cada 10 veces que usó condón, cuántas veces usó más de uno en una misma relación?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 323

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
321	En qué mes y año la operaron u operaron a su compañero?	MES..... AÑO.....	
322	ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA I DEL CALENDARIO Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O HASTA ENERO DE 1985 SI LA OPERACION OCURRIÓ ANTES DE 1985.		
322A	Qué edad tenía su último hijo cuando se esterilizó Ud. o su compañero?	AL MOMENTO DE NACER EL ULTIMO HIJO.....998  DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	322B 323A
322B	Le hicieron operación cesárea al nacimiento de su último hijo?	SI.....1 NO.....2	323A
322C	Era la primera cesárea que le hacían?	SI.....1 NO.....2	323A
323	Dónde obtuvo (MÉTODO) la última vez?  (NOMBRE DEL LUGAR)	HPTAL/CENTRO/PUESTO DE SALUD.....01 CLINICA DE PROFAMILIA.....02 PTO DISTRIBUCION PROFAMILIA.....03 CLINICA/HPTAL PRIVADO.....04 MEDICO PARTICULAR (Ginecólogo).....05 DROGUERIA.....06 CAJA COMPENSACION.....07 SEGURO SOCIAL.....08 CAJA NACIONAL DE PREVISION.....09 OTRO SITIO.....10 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	324
323A	Dónde tuvo lugar la esterilización? En qué sitio?  (CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)		
324	Cuánto tiempo le toma viajar desde su casa hasta ese lugar?	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NO SABE.....998	
325	Es fácil o difícil llegar hasta allá?	FACIL.....1 DIFICIL.....2	
325A	Qué medio de transporte utiliza para ir hasta allá?	TAXI.....1 BUS.....2 CAMION.....3 A PIE.....4 CARRO PARTICULAR.....5 OTRO, Cuál?.....6	326
325B	Cuánto le cuesta el viaje de ida y vuelta?	PESOS \$ NADA:.....9998	
326	Por qué decidió usar (MÉTODO ACTUAL: VER 315) más que cualquier otro método de planificación familiar?	RECOMENDACION DE UNA TRABAJADORA DE PLANIFICACION FAMILIAR.....01 PRESCRIPCION MEDICA.....02 RECOMEN. DE AMIGA/PARIENTE.....03 EFECTOS SECUNDARIOS DE OTROS MÉTODOS.....04 POR CONVENIENCIA.....05 ACCESO/DISPONIBILIDAD.....06 COSTO.....07 DESEO MÉTODO PERMANENTE.....08 MARIDO LO PREFIERE.....09 DESEO MÉTODO MÁS EFECTIVO.....10 OTRO:.....11 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
327	Ha tenido Ud. o tiene algún problema con el uso de (METODO ACTUAL)?	SI.....1 NO.....2	329
328	Cuál es el principal problema que ha tenido?	MARIDO DESAPRUEBA.....01 EFECTOS COLATERALES.....02 PROBLEMAS DE SALUD.....03 ACCESO/DISPONIBILIDAD.....04 COSTO.....05 DIFÍCIL DE USAR.....06 FALLA DEL METODO.....07 ESTERILIZADA, DESEA MAS HIJOS.08 OTRO .....10 (ESPECIFIQUE)	
329	VERIFIQUE 315 Y 321:  NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA(0) ANTES DE ENERO 1985 <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA(0) DESPUES DE ENERO 1985 <input type="checkbox"/>		342 331
338	<b>ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 315 EN EL MES ACTUAL EN LA COL. 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</b>  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Cuando empezó a usar (METODO ACTUAL) continuamente? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO) - Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) _____		
331	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros periodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p><b>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1985. USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</b></p> <p><b>EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES SIGUIENTE AL ULTIMO MES DE USO.</b></p> <p><b>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1.</b></p> <p>PREGUNTE LA RAZON PARA DEJAR DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO NO FUE INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS PARA COLUMNAS 1 Y 2:</p> <p><b>USO EN INTERVALO ABIERTO-USUARIAS ACTUALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha usado algún otro método o han hecho algo (desde el nacimiento de su último hijo) antes de usar (METODO ACTUAL) para evitar un embarazo? _____</li> <li>• Qué método usó antes de (METODO DE USO ACTUAL)? _____</li> <li>• En qué mes y año comenzó a usar (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) la última vez? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO) _____</li> <li>• Por cuánto tiempo usó (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) antes de dejar de usarlo por última vez? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) _____</li> <li>• ¿Cuál es la razón principal por la cual dejó de usar (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) en ese entonces? _____ (ANOTE LA RAZON DE TERMINACION EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO)</li> </ul>		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A PREG.
	<p><b>USO EN INTERVALO ABIERTO-NO USA ACTUALMENTE</b></p> <p><b>Algún Nacido Vivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo, ha usado algún método para no quedar embarazada? _____</li> </ul> <p><b>Ningún Nacido Vivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuál fue el último método que usó? _____</li> <li>En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO)? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO)</li> <li>Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO)</li> <li>Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)? _____ (ANOTE CODIGO DE RAZON EN COLUMNA 2)</li> </ul>		
	<p><b>USO EN INTERVALO CERRADO</b></p> <p><b>Ultimo Segmento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE ULTIMO NACIDO VIVO) pero después del nacimiento de (NOMBRE ANTERIOR NACIDO VIVO) usó algún método para evitar quedar embarazada? _____</li> <li>Cuál fue el último método que usó entonces? _____</li> <li>En qué mes y año empezó a usar ese método? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO)</li> <li>Por cuánto tiempo usó (METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO)</li> <li>Estaba usando (METODO) cuando quedó embarazada? _____</li> <li>Cuántos meses esperó hasta quedar embarazada? _____ (ANOTE CEROS "0" EN LOS MESES CORRESPONDIENTES EN LA COLUMNA 1)</li> <li>Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (METODO) en esa oportunidad? _____ (ANOTE LA RAZON DE TERMINACION EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO)</li> </ul> <p><b>Otros Segmentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ha usado algún otro método o ha hecho algo (desde el nacimiento de su penúltimo hijo) antes de usar (METODO ANTERIOR) para evitar un embarazo? _____</li> <li>Qué método usó antes de (METODO DE USO ANTERIOR)? _____</li> <li>En qué mes y año comenzó a usar (METODO ANTERIOR)? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO)</li> <li>Por cuánto tiempo usó (METODO ANTERIOR) antes de dejar de usarlo por última vez? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) _____</li> <li>Cuál es la razón principal por la cual dejó de usar (METODO ANTERIOR) en ese entonces? _____ (ANOTE LA RAZON DE TERMINACION EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO)</li> </ul>		
332	<p><b>VERIFIQUE 314/315/315A:</b></p> <p>NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE      ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>		342
333	Piensa usar un método para evitar o postergar embarazos en el futuro?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>335</p> <p>338</p>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
334	Cuál es la razón principal por la cual no piensa usar ningún método?	DESEA EMBARAZO.....01 NO LE GUSTA.....02 MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....03 TUVO EFECTOS COLATERALES.....04 NO TIENE DINERO PARA COMPRAR.....05 FALTA CONOCIMIENTO DE METODO.....06 LE QUEDA LEJOS PARA CONSEGUIR.....07 RAZONES RELIGIOSAS.....08 EL COMPAÑERO SE OPONE.....09 POSTPARTO O AMAMANTANDO.....10 SIN VIDA SEXUAL.....11 POR EDAD AVANZADA.....12 OTRAS.....13 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98 NO RESPONDE.....99	→ 338
335	Piensa usar un método en los próximos doce meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→ 336A
336	Cuál método preferiría usar?	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCION.....03 ESPUMAS/JALEAS/CREMAS/ TABLETAS/DIAFRAGMA.....04 CONDON O PRESERVATIVO.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 METODO BILLINGS.....08 RITMO.....09 RETIRO.....10 OTROS.....11 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA.....98	→ 338
336A	Cuál método preferiría usar en el futuro?		
337	Dónde puede conseguir (METODO MENCIONADO EN 336 - 336A)?  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HPTAL/CENTRO O PUESTO SALUD.....01 CLINICA DE PROFAMILIA.....02 PTO DISTRIBUCION PROFAMILIA.....03 CLINICA/HPTAL PRIVADO.....04 MEDICO PARTICULAR (Ginecólogo).....05 DROGUERIA.....06 CAJA COMPENSACION.....07 SEGURO SOCIAL.....08 CAJA NACIONAL DE PREVISION.....09 OTRO SITIO.....10 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	→ 340
338	Sabe de un sitio donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 342
339	Cuál es ese sitio?  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HPTAL/CENTRO O PTO SALUD.....01 CLINICA DE PROFAMILIA.....02 PTO DISTRIBUCION PROFAMILIA.....03 CLINICA/HPTAL PRIVADO.....04 MEDICO PARTICULAR (Ginecólogo).....05 DROGUERIA.....06 CAJA COMPENSACION.....07 SEGURO SOCIAL.....08 CAJA NACIONAL DE PREVISION.....09 OTRO SITIO.....10 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	



No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
340	Cuánto tiempo le toma ir de su casa a este sitio?	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NO SABE.....998	
341	Es fácil o difícil llegar hasta allá?	FÁCIL.....1 DIFÍCIL.....2	
341A	Qué medio de transporte utiliza para ir hasta allá?	TAXI.....1 BUS.....2 CAMION.....3 A PIE.....4 OTRO, Cuál?.....5	→ 342
341B	Cuánto le cuesta el viaje de ida y vuelta?	PESOS \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NADA.....9998	
342	Ha oído, en el último mes, algún mensaje en la radio o la televisión sobre planificación familiar?  en la radio? en la televisión?	SI NO RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2	→ 344
343	Lo escuchó o vio una vez o más de una vez?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2	
344	Considera aceptable o inaceptable recibir información en la televisión o la radio, sobre planificación familiar?	ACEPTABLE.....1 INACEPTABLE.....2 NO SABE.....8	
345	Ud. ha oído hablar de una enfermedad llamada SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	SI.....1 NO.....2	→ 401
346	Sabe Ud. cómo se adquiere el SIDA?	•POR RELACIONES SEXUALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES.....1 •COMPARTIR JERINGAS ENTRE DROGADICTOS.....1 •APLICACION DE INYECCION CON JERINGA USADA.....1 •TRANSFUSION DE SANGRE.....1 •DURANTE LACTANCIA, DE MADRE AL NIÑO.....1 •MASAJES, CARICIAS O MASTURBACION MUTUA.....1 •POR SEXO ORAL.....1 •RELACIONES SEXUALES CON HOMOSEXUALES.....1 •POR BESO.....1 •OTRO:.....1 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
347	Sabe Ud. a quiénes afecta el SIDA?	SOLO A HOMOSEXUALES.....1 SOLO A PROSTITUTAS.....1 A CUALQUIER HOMBRE.....1 A CUALQUIER MUJER.....1 A LOS NIÑOS.....1 SOLO A DROGADICTOS.....1 A TODAS LAS PERSONAS.....1 NO SABE.....8	
348	Considera Ud. que el SIDA se puede prevenir?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<div>481</div>
349	Cómo cree que se puede prevenir el SIDA?	•USANDO SIEMPRE CONDONES EN LOS CONTACTOS SEXUALES.....1 •TENIENDO RELACIONES SEXUALES SOLO CON UN COMPAÑERO SEXUAL ESTABLE (FIDELIDAD).....1 •EVITANDO RELACIONES CON HOMOSEXUALES..1 •MEDIANTE LA ABSTINENCIA SEXUAL.....1 •EVITANDO LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE..1 •NO COMPARTIENDO JERINGAS.....1 •EVITANDO RELACIONES SEXUALES ANALES..1 •OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA

401	<p>VERIFIQUE 222:</p> <p>UNO O MAS HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/></p> <p>NINGUN HIJO NACIDO DESDE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/> (PASE A 440)</p>								
402	<p>ANOTE EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1985 EN LA TABLA. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE TODOS ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIMIENTO.</p> <p>Ahora me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los niños que Ud. ha tenido en los últimos cinco años. (Vamos a hablar de cada uno).</p>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212</th> <th><input type="checkbox"/></th> <th><input type="checkbox"/></th> <th><input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE LA PREGUNTA 212 Y DE LA PREGUNTA 216</td> <td> <p>ULTIMO NACIDO VIVO</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> </td> <td> <p>ANTERIOR NACIDO VIVO</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> </td> <td> <p>ANTERIOR NACIDO VIVO</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </tbody> </table>	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DE LA PREGUNTA 212 Y DE LA PREGUNTA 216	<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>
NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
DE LA PREGUNTA 212 Y DE LA PREGUNTA 216	<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>						
403	<p>Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) quería tener el niño entonces? quería tenerlo más tarde o no quería tener más hijos?</p> <p>ENTONCES.....1 (PASE A 405) ←</p> <p>MAS TARDE.....2</p> <p>NO MAS.....3 (PASE A 405) ←</p>	<p>ENTONCES.....1 (PASE A 405) ←</p> <p>MAS TARDE.....2</p> <p>NO MAS.....3 (PASE A 405) ←</p>	<p>ENTONCES.....1 (PASE A 405) ←</p> <p>MAS TARDE.....2</p> <p>NO MAS.....3 (PASE A 405) ←</p>						
404	<p>Qué tanto tiempo le hubiera gustado esperar?</p> <p>MESES.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AÑOS.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....998</p>	<p>MESES.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AÑOS.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....998</p>	<p>MESES.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AÑOS.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....998</p>						
405	<p>Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) se hizo control prenatal?</p> <p>Si Sí, A quién vió Ud?</p> <p>A alguien más?</p> <p>INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIÓ</p> <p>DOCTOR.....1</p> <p>ENFERMERA.....1</p> <p>PARTERA.....1</p> <p>OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)</p> <p>A NADIE.....1 (PASE A 409) ←</p>	<p>DOCTOR.....1</p> <p>ENFERMERA.....1</p> <p>PARTERA.....1</p> <p>OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)</p> <p>A NADIE.....1 (PASE A 409) ←</p>	<p>DOCTOR.....1</p> <p>ENFERMERA.....1</p> <p>PARTERA.....1</p> <p>OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)</p> <p>A NADIE.....1 (PASE A 409) ←</p>						
406	<p>Le dieron a Ud. un carné o tarjeta para ese embarazo?</p> <p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>						
407	<p>Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando vió por primera vez a alguien para un control prenatal?</p> <p>MESES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>	<p>MESES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>	<p>MESES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>						
408	<p>Cuántas visitas prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?</p> <p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>	<p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>	<p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....98</p>						
409	<p>Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron alguna inyección para prevenir al bebé contra el tétano?</p> <p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2 (PASE A 411) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2 (PASE A 411) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2 (PASE A 411) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>						
410	<p>Cuántas veces le pusieron esa inyección?</p> <p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>VECES.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE.....8</p>						
411	<p>Dónde nació (NOMBRE)?</p> <p>SU HOGAR.....1</p> <p>OTRO HOGAR.....2</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD.....3</p> <p>CLINICA.....4</p> <p>HOSPITAL.....5</p> <p>OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SU HOGAR.....1</p> <p>OTRO HOGAR.....2</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD.....3</p> <p>CLINICA.....4</p> <p>HOSPITAL.....5</p> <p>OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SU HOGAR.....1</p> <p>OTRO HOGAR.....2</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD.....3</p> <p>CLINICA.....4</p> <p>HOSPITAL.....5</p> <p>OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)</p>						



NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212				
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE
424	Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO MURIO.....3 PROBLEM.SUCCION PECHO...4 NO TENIA LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO REHUSO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 434)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO MURIO.....3 PROBLEM.SUCCION PECHO...4 NO TENIA LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO REHUSO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 434)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO MURIO.....3 PROBLEM.SUCCION PECHO...4 NO TENIA LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO REHUSO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 434)
425	Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho? ANOTE EN DÍAS SI MAS DE 24 HORAS	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DÍAS.....2		
426	SI AUN VIVE: Aún le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 432)		
427	MARQUE "X" EN LA COL. 5 DEL CALENDARIO EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL ACTUAL.			
428	Cuántas veces le dió el pecho anoche a (NOMBRE), (desde el anochecer hasta el amanecer)? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO)	NUMERO DE VECES.....		
429	Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) ayer durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO)	NUMERO DE VECES.....		
430	En algún momento de ayer o anoche le dió a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos?	SI NO SOLQ AGUA.....1 2 AGUA DE PANELA.....1 2 JUGO.....1 2 LECHE DE TARRO.....1 2 LECHE FRESCA.....1 2 OTRO LIQUIDO.....1 2 COMIDA SOLIDA O PAPILLA.....1 2		
431	VERIFIQUE 430: SOLIDO O LIQUIDO DADO AYER?	SI EN UNO O MAS NO EN TODOS (PASE A 436) (PASE A 435)		
432	Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a (NOMBRE)?	MARQUE "X" EN LA COL. 5 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO DE MESES ESPECIFICADOS DE LACTANCIA, EMPEZANDO EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO.  SI LE DIO PECHO MENOS DE UN MES, MARQUE "0" EN COL. 5 EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO.		
433	Por qué dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL....01 NIÑO ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEM.SUCCION PECHO..04 NO TENIA LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO REHUSO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRO.....10 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL....01 NIÑO ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEM.SUCCION PECHO..04 NO TENIA LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO REHUSO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRO.....10 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL....01 NIÑO ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEM.SUCCION PECHO..04 NO TENIA LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO REHUSO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRO.....10 (ESPECIFIQUE)

No.	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____
434	VERIFIQUE 216:  EL NIÑO ESTA VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 436)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 436)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 436)
435	Alguna vez se le dió a (NOMBRE) cualquier agua, o algo más para beber, o cualquier otra comida (distinta al pecho) en forma regular?	SI.....1 NO.....2 ↓ (PASE A 439)	SI.....1 NO.....2 ↓ (PASE A 439)	SI.....1 NO.....2 ↓ (PASE A 439)
436	Cuántos meses de edad tenía, (NOMBRE) cuando Ud. empezó a darle lo siguiente en forma regular?  Leche de tarro o diferente a la de pecho?  Agua?  Otros líquidos?  Cualquier comida sólida o en papilla (puré)?	EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO LE DIO.....96
437	VERIFIQUE 216:  EL NIÑO ESTA VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)		
438	(NOMBRE) bebió algunos de estos líquidos en tetero anoche o antenoche?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8		
439	DEVUELVA A 403 PARA EL ANTERIOR NACIMIENTO; SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS VAYA A 440.			
440	VERIFIQUE 215: ALGUN NACIDO VIVO EN 1982, 1983, O 1984?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRE DEL ULTIMO ANTES DE 1985: _____ (NOMBRE)		445	
441	Ud. le dió el pecho a (NOMBRE)?		SI.....1 NO.....2 ↓ 443	
442	Cuántos meses le dió el pecho a (NOMBRE)?		MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
443	Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no le volvió a Ud. la regla?		MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO VOLVIO.....96	
444	Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no tuvo Ud. relaciones sexuales?		MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO TUVO.....96	
445	VERIFIQUE 401:  UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/> ↓		NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/> 501	

No.	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div>																																																																																																																								
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____																																																																																																																								
446	Tiene Ud. el carné (tarjeta) de vacunas de (NOMBRE)?  Me permite verlo, por favor?	SI, VISTO .....1 (PASE A 448) ← SI, NO VISTO.....2 (PASE A 451) ← SIN CARNE.....3	SI, VISTO .....1 (PASE A 448) ← SI, NO VISTO.....2 (PASE A 451) ← SIN CARNE.....3	SI, VISTO .....1 (PASE A 448) ← SI, NO VISTO.....2 (PASE A 451) ← SIN CARNE.....3																																																																																																																								
447	Tuvo Ud. alguna vez un carné de vacunación para (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 451) ← NO.....2 (PASE A 458) ←	SI.....1 (PASE A 451) ← NO.....2 (PASE A 458) ←	SI.....1 (PASE A 451) ← NO.....2 (PASE A 458) ←																																																																																																																								
448	(1) COPIE DEL CARNE LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA.  BCG?  POLIO 1?  POLIO 2?  POLIO 3?  DPT 1?  DPT 2?  DPT 3?  SARAMPION?  (2) ESCRIBA "44" EN LA COL. DIA, SI EL CARNE MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTO LA FECHA.	<div> <div>DIA MES AÑO</div> <div> BCG P1 P2 P3 D1 D2 D3 S </div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>																																									<div> <div>DIA MES AÑO</div> <div> BCG P1 P2 P3 D1 D2 D3 S </div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>																																									<div> <div>DIA MES AÑO</div> <div> BCG P1 P2 P3 D1 D2 D3 S </div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>																																								
449	(NOMBRE) recibió otras dosis que no estén anotadas en este carné?	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DIA EN 448). NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DIA EN 448). NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DIA EN 448). NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)																																																																																																																								
450	Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) ← NO SABE.....8																																																																																																																								

No.	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ULTIMO NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
451	<p>Por favor dígame si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:</p> <p>Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro que deja una señal?</p> <p>Vacuna contra el polio, es decir, gotas en la boca?</p> <p>Si SI, Cuántas veces?</p> <p>Una inyección contra el sarampión?</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>No.DE VECES..... <input type="checkbox"/></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> <p>No.DE VECES..... <input type="checkbox"/></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> <p>No.DE VECES..... <input type="checkbox"/></p> <p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>
452	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>NIÑO VIVO?</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 454)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 454)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 454)</p>
453	DEVUELVA A 446 PARA EL ANTERIOR NACIDO VIVO; O, SI NO HAY MAS, PASE A 490			
454	(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	<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>
455	(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>(PASE A 456) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>(PASE A 456) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>(PASE A 456) ←</p> <p>NO SABE.....8</p>
456	Cuántos días estuvo con tos?	<p>DIAS.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AUN LA TIENE...2 <input type="checkbox"/></p> <p>(SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")</p>	<p>DIAS.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AUN LA TIENE...2 <input type="checkbox"/></p> <p>(SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")</p>	<p>DIAS.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>AUN LA TIENE...2 <input type="checkbox"/></p> <p>(SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")</p>
457	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, respiraba más agitadamente que otras veces, con respiración corta, rápida?	<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>
458	<p>VERIFIQUE 454 Y 455:</p> <p>PIEBRE O TOS?</p>	<p>"SI" EN 454 O 455 OTRO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 462)</p>	<p>"SI" EN 454 O 455 OTRO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 462)</p>	<p>"SI" EN 454 O 455 OTRO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 462)</p>



No.	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____
459	Se le dió algo a (NOMBRE) para tratar la fiebre o la tos?  Algo más?  (ENCIERRE CADA UNO DE LOS QUE MENCIONE).	NINGUN TRATAMIENTO.....1 ANTIBIOTICO (INYECC).....1 ANTIBIOTICO (PASTILLA O JARABE).....1 ANTIMALARICO (PASTILLA O JARABE).....1 JARABE PARA LA TOS.....1 OTRA PASTILLA O JARABE.....1 REMEDIO CASERO/HIERBAS.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)	NINGUN TRATAMIENTO.....1 ANTIBIOTICO (INYECC).....1 ANTIBIOTICO (PASTILLA O JARABE).....1 ANTIMALARICO (PASTILLA O JARABE).....1 JARABE PARA LA TOS.....1 OTRA PASTILLA O JARABE.....1 REMEDIO CASERO/HIERBAS.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)	NINGUN TRATAMIENTO.....1 ANTIBIOTICO (INYECC).....1 ANTIBIOTICO (PASTILLA O JARABE).....1 ANTIMALARICO (PASTILLA O JARABE).....1 JARABE PARA LA TOS.....1 OTRA PASTILLA O JARABE.....1 REMEDIO CASERO/HIERBAS.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)
460	Buscó Ud. consejo para la fiebre o tos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) ←
461	De quién buscó Ud. consejo o tratamiento?  Alguien más?  (ENCIERRE CADA UNO DE LOS QUE MENCIONE).	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO _____ 1 (ESPECIFIQUE)
462	(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde...hasta ayer?	SI.....1 (PASE A 464) ← NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 464) ← NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 464) ← NO.....2 NO SABE.....8
463	DEVUELVA A 446 PARA EL PROXIMO NIÑO; SI NO HAY MAS, PASE A 480			
464	(NOMBRE) ha tenido diarrea en las últimas 24 horas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
465	Por cuánto tiempo tuvo diarrea la última vez?	DIAS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUN LA TIENE.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")	DIAS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUN LA TIENE.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")	DIAS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUN LA TIENE.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (SI MENOS DE 1 DIA, ANOTE "00")
466	Hubo sangre en la deposición (en la materia fecal)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8

No.	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE	
467	VERIFIQUE 426:  EL ULTIMO NIÑO ESTA AUN LACTANDO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (PASE A 478)			
468	Quando (NOMBRE) tuvo diarrea Ud. le cambió la frecuencia de la lactancia?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 478)			
469	Ud. aumentó el número de comidas, las redujo o las terminó definitivamente?	AUMENTO.....1 REDUJO.....2 TERMINO COMPLETAM.....3			
470	(Además de la leche de pecho) Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas como antes de la diarrea, o más, o menos?	IGUAL.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	IGUAL.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	IGUAL.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
471	Le dió a (NOMBRE) un líquido preparado de un paquete especial (sales de rehidratación oral)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
472	Le dió a (NOMBRE) un suero hecho en el hogar (con azúcar, sal y agua)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
473	VERIFIQUE 471 Y 472:  AL NIÑO LE DIERON SALES DE REHIDRATACION ORAL (471), Y/O LIQUIDO HECHO EN CASA (472)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (PASE A 475)	
474	Por cuántos días le dió a (NOMBRE) este líquido?	DÍAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	DÍAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	DÍAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	
475	Le dió algo más para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 477) NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 477) NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 477) NO SABE.....8	
476	Qué le dieron para tratar la diarrea?  Algo más?  (ENCIERRE CADA UNO DE LOS QUE MENCIONE)	PILDORA O JARABE ANTIBIOTICO.....1 OTRA PILDORA O JARABE.....1 INYECCION INTRAMUSC.....1 INTRAVENOSA.....1 REMEDIOS CASEROS.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	PILDORA O JARABE ANTIBIOTICO.....1 OTRA PILDORA O JARABE.....1 INYECCION INTRAMUSC.....1 INTRAVENOSA.....1 REMEDIOS CASEROS.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	PILDORA O JARABE ANTIBIOTICO.....1 OTRA PILDORA O JARABE.....1 INYECCION INTRAMUSC.....1 INTRAVENOSA.....1 REMEDIOS CASEROS.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	
477	Buscó Ud. consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 479)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 479)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 479)	
478	A quién acudió Ud. para consejo o tratamiento?  A alguien más?  (ENCIERRE CADA UNO DE LOS QUE MENCIONE)	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 DROGUERIA.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE)	
479	DEVUELVA A 446 PARA EL ANTERIOR NACIDO VIVO; SI NO HAY MAS, PASE A 480				

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
480	VERIFIQUE 471:  MENCIONO SALES DE REHIDRATACION ORAL PARA CUALQUIER NIÑO EN 471 <input type="checkbox"/>	NO MENCIONO SALES DE REHIDRATACION ORAL O 471 NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>	483
481	Ha pido Ud. que existe un paquete de sales de rehidratación o suero oral para el tratamiento de la diarrea?	SI.....1 NO.....2	483
482	Había visto Ud. un paquete como éste antes? (MUESTRE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	486
483	Alguna vez ha preparado Ud. una solución con uno de estos paquetes para tratar la diarrea en Ud. misma o en alguien más? (MUESTRE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	485
484	Cuánta agua usó para prepararla?	1/2 LITRO.....1 1 LITRO.....2 1 1/2 LITROS.....3 2 LITROS.....4 SIGUIÓ INSTRUCCIONES PAQUETE.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	
485	¿Dónde se pueden conseguir las sales de rehidratación oral?  INDAGUE: En alguna otra parte?  (ENCIERRE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS)	CLINICA/PTO.DIST.PROFAMILIA..1 PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....1 CLINICA.....1 CENTRO DE SALUD.....1 HOSPITAL.....1 MEDICO PRIVADO.....1 FARMACIA.....1 TIENDA.....1 OTRO.....1 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	
486	VERIFIQUE 472:  MENCIONO LIQUIDO HECHO EN EL HOGAR (CUALQUIER SI EN 472) <input type="checkbox"/>	NO MENCIONO LIQUIDO HECHO EN EL HOGAR O NO SE PREGUNTO 472 <input type="checkbox"/>	501
487	Quién le enseñó a preparar el suero casero de azúcar, sal y agua que le dió a (NOMBRE)?	PROMOTORA DE SALUD.....1 PUESTO DE SALUD.....2 CENTRO DE SALUD.....3 HOSPITAL/CLINICA.....4 MEDICO PRIVADO.....5 DROGUERIA.....6 OTRO.....7 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	

**SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD**

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
501	Alguna vez ha estado casada o ha vivido con un hombre?	SI.....1 NO.....2	→ 504
502	MARQUE "O" EN LA COL. 6 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA, Y EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES HASTA ENERO DE 1985.		
503	SI NUNCA HA ESTADO EN UNION: Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	→ 510 → 515
504	Actualmente está Ud. casada o viviendo con un hombre, o es Ud. viuda, separada o divorciada?	CASADA POR LA IGLESIA.....1 CASADA POR LO CIVIL.....2 CASADA POR LA IGLESIA Y LO CIVIL.....3 UNION LIBRE.....4 VIUDA.....5 SEPARADA.....6 DIVORCIADA.....7	→ 506
505	Su esposo (o compañero) vive con Ud. o vive en otra parte?  QUE NO IMPLIQUE SEPARACION	VIVE CON ELLA.....1 VIVE EN OTRA PARTE.....2	
506	Ha estado Ud. casada o unida más de una vez?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2	
507	Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con su primer esposo (o compañero)?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	En qué mes y año empezó a vivir con él?  COMPARE Y CORRIJA 507 Y/O 508 SI ES DEL CASO	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES.....98  AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO.....98	
509	DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1985, ANOTE "X" EN LA COL. 6 DEL CALENDARIO POR CADA MES CASADA O EN UNION, Y ANOTE "O" POR CADA MES NO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1985.  PARA LAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE EN UNION, O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA DE TERMINACION DE LA UNION POR SEPARACION O VIUDEZ Y POR LA FECHA DE INICIACION DE CUALQUIER UNION SUBSIGUIENTE.		
510	Ahora necesitamos algunos detalles acerca de su actividad sexual, a fin de obtener un mejor conocimiento de planificación familiar y fecundidad.  Cuántas veces tuvo Ud. relaciones sexuales en las últimas 4 semanas?	VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	Cuántas veces en un mes tiene Ud. usualmente relaciones sexuales?	VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																								
512	Cuándo fue la última vez que tuvo Ud. relaciones sexuales?	HACE: DIAS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS.....4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANTES ULTIMO NACIMIENTO.....996																									
513	Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo sus primeras relaciones sexuales?	EDAD..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> CUANDO SE CASO.....96																									
514	VERIFIQUE 315 Y 321:  NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> <div style="display: inline-block; width: 400px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 10px;"></div> ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		514B																								
514A	Qué tan satisfactorias son sus relaciones sexuales o íntimas?	MUY SATISFATORIAS.....1 SATISFATORIAS.....2 REGULARES.....3 POCO SATISFATORIAS.....4 NADA SATISFATORIAS.....5 OTRA.....6 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE.....9	515																								
514B	Qué tan satisfactorias eran sus relaciones sexuales o íntimas antes de la esterilización?	MUY SATISFATORIAS.....1 SATISFATORIAS.....2 REGULARES.....3 POCO SATISFATORIAS.....4 NADA SATISFATORIAS.....5 OTRA.....6 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE.....9																									
514C	Ahora, después de la esterilización, cómo son esas relaciones? (LEA ALTERNATIVAS)	HAN MEJORADO.....1 SIGUEN IGUALES.....2 HAN EMPEORADO.....3																									
514D	En general, considera usted que su matrimonio a raíz de la esterilización (LEA ALTERNATIVAS)	HA MEJORADO.....1 SIGUE IGUAL.....2 HA EMPEORADO.....3																									
515	Presencia de otros en este punto	<div style="text-align: right;">SI NO</div> NIÑOS MENORES DE 10.....1 2 MARIDO.....1 2 OTROS HOMBRES.....1 2 OTRAS MUJERES.....1 2																									

SECCION 6. REFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
601	<p>VERIFIQUE 315:</p> <p>NINGUNO <input type="checkbox"/> EL O ELLA <input type="checkbox"/></p> <p>ESTERILIZADO ESTERILIZADOS</p>		606
602	<p>VERIFIQUE 501 Y 502:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE NO CASADA <input type="checkbox"/></p> <p>O EN UNION LIBRE NI EN UNION LIBRE</p>		611
603	<p>Ahora le voy a preguntar algunas cosas acerca del futuro</p> <p>VERIFIQUE 225 Y MARQUE LA CASILLA:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>Le gustaria tener un (otro) hijo o preferiria no tener ningun (mas) hijo(s)?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Después del nacimiento del hijo que Ud. está esperando, le gustaria tener otro hijo, o preferiria no tener más?</p>	<p>TENER UNO (OTRO) HIJO.....1</p> <p>NO MAS/NINGUNO.....2</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....3</p> <p>INDECISA O NO SABE.....8</p>	609
604	<p>VERIFIQUE 225 Y MARQUE LA CASILLA:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>Cuanto tiempo le gustaria esperar antes de tener un (otro) hijo?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Cuanto tiempo le gustaria esperar después de que nazca el niño que está esperando para tener otro hijo?</p>	<p>DURACION</p> <p>MESES.....1 <input type="text"/></p> <p>AÑOS.....2 <input type="text"/></p> <p>PRONTO/AHORA.....994</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....995</p> <p>OTRO.....996</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....998</p>	609
605	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>SI NO TIENE HIJOS VIVOS, ENCIERRE "96"</p> <p>Qué edad le gustaria que tuviera su hijo menor antes de tener otro hijo?</p>	<p>EDAD DEL MAS JOVEN</p> <p>AÑOS.....<input type="text"/></p> <p>NINGUN HIJO VIVO.....96</p> <p>NO SABE.....98</p>	609
606	<p>Lamenta que Ud. (su esposo) haya sido operada (operado) para no tener más hijos?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	608
607	<p>Por qué lo lamenta?</p>	<p>DESEA OTRO HIJO.....1</p> <p>COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO.....2</p> <p>EFFECTOS COLATERALES.....3</p> <p>OTRA RAZON.....4</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	611
608	<p>Dadas sus actuales circunstancias, si tuviera que hacerlo de nuevo, piensa Ud. que tomaria la misma decisión de esterilizarse?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	611
609	<p>Ud. y su esposo (o compañero) han discutido alguna vez el número de hijos que les gustaria tener?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	
610	<p>Ud. piensa que su esposo (o compañero) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?</p>	<p>MISMO NUMERO.....1</p> <p>MAS HIJOS.....2</p> <p>MEHOS HIJOS.....3</p> <p>NO SABE.....8</p>	
611	<p>VERIFIQUE 216 Y MARQUE LA CASILLA:</p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendria en toda su vida, cuántos serian?</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera volver a la época en que todavia no tenia hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendria en toda su vida, cuántos serian?</p>	<p>NUMERO.....<input type="text"/></p> <p>RANGO:.....</p> <p>OTRA RESPUESTA.....96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

**SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
701	<p>VERIFIQUE 501 Y 503:</p> <p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/>      NUNCA HA ESTADO EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p>HAGA PREGUNTAS ACERCA DEL MARIDO/COMPAÑERO ACTUAL O MAS RECIENTE</p>		702
702	Su esposo (o compañero) fue a la escuela o colegio?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	704
703	Cuál fue el último año de estudios que aprobó?	<p>PRIMARIA.....1</p> <p>SECUNDARIA.....2</p> <p>SUPERIOR.....3</p> <p>NO SABE.....998</p>	704 705 704
704	Puede (podía) él leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad, o no puede (podía) hacerlo?	<p>CON FACILIDAD.....1</p> <p>CON DIFICULTAD.....2</p> <p>NO PUEDE (PODIA) HACERLO.....3</p>	
705	Cuál es la principal ocupación que su esposo (compañero) tiene (tenía)?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
706	<p>VERIFIQUE 705:</p> <p>TRABAJA (BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>      NO TRABAJA (BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p>		708
707	Trabaja (trabajaba) su esposo (o compañero) principalmente en tierras propias (o de la familia), o en tierras de otros?	<p>TIERRA PROPIA/FAMILIA.....1</p> <p>TIERRA DE OTROS.....2</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
708	En cuántas localidades ha vivido Ud. desde Enero de 1985?	UNA LOCALIDAD.....1 MAS DE UNA LOCALIDAD.....2	710
709	ANOTE EN LA COL. 7 DEL CALENDARIO EL CODIGO APROPIADO PARA ACTUAL LOCALIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1985		711
710	En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?  <b>ANOTE EN COL. 7 DEL CALENDARIO "X" EN EL MES Y AÑO DEL MOVIMIENTO, Y EN LOS AÑOS SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE COMUNIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE PREGUNTANDO POR LOCALIDADES PREVIAS Y ANOTE LOS MOVIMIENTOS Y LOS TIPOS DE COMUNIDADES.</b>  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Dónde vivía Ud. antes...? - En qué mes y año llegó allí? - Ese lugar es una ciudad, un pueblo o el campo?		
711	REFIERASE AL LUGAR DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1985:  Cuándo llegó a vivir a este/ese lugar?	VIVE AQUÍ DESDE QUE NACIO.....96  MES..... NO SABE MES.....98  AÑO..... NO SABE AÑO.....98	713
712	El lugar de donde Ud. se vino era ciudad, pueblo, o el campo?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3	
713	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su trabajo.  Como Ud. sabe, muchas mujeres trabajan - quiero decir, además de lo que hacen en su propio hogar. Algunas hacen trabajos por los cuales les pagan en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios, o trabajan en la finca familiar o en el negocio de la familia.  Está Ud. trabajando actualmente?	SI.....1 NO.....2	716
714	Ud. ha trabajado desde Enero de 1985?	SI.....1 NO.....2	716
715	ANOTE "0" EN LA COL. 8 DEL CALENDARIO EN CADA MES DESDE ENERO DE 1985 HASTA EL MES ACTUAL		720
716	Cuál es(fue) su (más reciente) ocupación? Es decir, qué clase de trabajo tiene (tenía)?		
717	USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PARA TODOS LOS PERIODOS DE TRABAJO, EMPEZANDO CON EL TRABAJO ACTUAL O MAS RECIENTE, HASTA ENERO DE 1985, ANOTE EL CODIGO PARA NO TRABAJO O PARA EL TIPO DE TRABAJO EN LA COL. 8.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Cuándo empezó y cuándo terminó ese trabajo? - Qué hacía Ud. antes? - Cuánto tiempo trabajó en esa oportunidad? - Era Ud. empleada o trabajaba por su cuenta? - Le pagaban por ese trabajo? - Hacia ese trabajo en el hogar o fuera de él?		



No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREB.
718	<p>VERIFIQUE COL. 8 DEL CALENDARIO:</p> <p>TRABAJABA EN ENERO 1985 <input type="checkbox"/> NO TRABAJABA EN ENERO 1985 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 720</p>		
719	<p>Veo que Ud. estaba trabajando en Enero de 1985:</p> <p>Cuándo empezó ese trabajo?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 → 722</p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98</p>	
720	<p>Veo que Ud. no estaba trabajando en Enero de 1985:</p> <p>Trabajó Ud. antes de Enero de 1985?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 → 722</p>	
721	<p>Cuándo terminó su último trabajo antes de Enero de 1985?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98</p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98</p>	
722	<p>VERIFIQUE 215/216/218:</p> <p>TIENE HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1985 Y VIVIENDO EN EL HOGAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 726</p>		
723	<p>VERIFIQUE 713:</p> <p>TRABAJA ACTUALMENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 726</p>		
724	<p>Mientras Ud. está trabajando, usualmente tiene a (NOMBRE DEL MENOR DE LOS NIÑOS) con Ud., a veces lo tiene con Ud., o nunca lo tiene con Ud.?</p>	<p>USUALMENTE.....1 → 726</p> <p>ALGUNAS VECES.....2</p> <p>NUNCA.....3</p>	
725	<p>Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL MENOR DE LOS NIÑOS EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?</p>	<p>ESPOSO/COMPAGERO.....1</p> <p>NIÑO(S) MAYOR(ES).....2</p> <p>OTROS PARIENTES.....3</p> <p>VECINOS.....4</p> <p>AMIGOS.....5</p> <p>SIRVIENTES.....6</p> <p>NIÑO ESTA EN ESCUELA.....7</p> <p>CUIDAD INSTITUCIONAL.....8</p> <p>OTRO.....9</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
726	VERIFIQUE 501 Y 503  UNIDA ACTUALMENTE O ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/>	NUNCA UNIDA SIN HIJOS <input type="checkbox"/> → 744  NUNCA UNIDA CON HIJOS <input type="checkbox"/> → 742	
727	Usted y su esposo (o compañero) pelean (o peleaban SI NO ESTA UNIDA ACTUALMENTE) algunas veces?	SI.....1 NO.....2 → 741	
728	En estas peleas, su esposo (o compañero) la ha insultado (la insultaba)?	SI.....1 NO.....2 → 730	
729	Cuando él la insulta (insultaba) que le critica (criticaba)?  MARQUE HASTA DOS RESPUESTAS	SU CAPACIDAD INTELECTUAL.....1 SU EDAD Y FIGURA.....1 SU CAPACIDAD SEXUAL.....1 SU LABOR EN EL HOGAR.....1 SU TRABAJO FUERA DE CASA.....1 LA CRIANZA DE LOS HIJOS.....1 LAS RELACIONES CON SU FAMILIA.....1 OTRO, Cuál? .....1 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE.....9	
730	En estas peleas, su esposo (o compañero) la ha golpeado (la golpeaba)?	SI.....1 NO.....2 → 737	
731	Cuáles son (eran) las principales causas de estas golpizas?  MARQUE HASTA TRES RESPUESTAS	BORRACHERAS.....1 INFIDELIDAD.....1 MALTRATO A LOS HIJOS.....1 NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES.....1 PROBLEMAS CON FAMILIARES.....1 MAL GENIO.....1 OTRO, Cuál? .....1 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE.....9	
732	Cuándo fue golpeada por primera vez?	HACE MENOS DE UN AÑO.....1 HACE DE 1 A 5 AÑOS.....2 HACE DE 5 A 10 AÑOS.....3 HACE MAS DE 10 AÑOS.....4 NO RECUERDA.....8	
733	Cómo reacciona (reaccionaba) usted a la agresión?	EN FORMA ACTIVA O AGREDIENDO.....1 EN FORMA PASIVA O AGUANTANDO.....2	
734	En caso de golpiza, usted a quién acude (acudía)?	AUTORIDAD.....1 FAMILIAR.....2 AMIGO(D).....3 VECINO(D).....4 A NADIE.....5 → 736	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
735	Ante qué autoridad denuncia (denunciaba) el maltrato?		737
736	Por qué razón no acude (acudía) a las autoridades?	NO SABE QUE ES DELITO.....1 TIENE MIEDO A LAS REPRESALIAS DE SU PAREJA.....2 PIENSA QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR Y EL VA A CAMBIAR.....3 TIENE MIEDO A QUEDARSE SOLA SI EL ES ENCARCELADO.....4 CREE QUE PUEDE SOLUCIONARLO SOLA.....5 CREE QUE LAS AUTORIDADES NO LE VAN A PRESTAR ATENCION Y VAN A BURLARSE DE SU SITUACION.....6 OTRO, Cuál ? .....7 NS/NR.....8	
737	VERIFIQUE 201; 727, 728, 738  HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> HA SIDO AGREDIDA <input type="checkbox"/> HA SIDO AGREDIDA <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/>		741 741
738	Han estado (estaban) sus hijos presentes durante los episodios agresivos?	SI.....1 NO.....2	
739	Cree usted que estos hechos afectan o han afectado a sus hijos ?	SI.....1 NO.....2	741
740	En qué forma?	PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.....1 ACTITUD PASIVA.....2 ACTITUD AGRESIVA.....3 TRASTORNOS SICOLOGICOS.....4 HUIDA DEL HOGAR.....5 DROGADICCION.....6 OTRA, Cuál .....7 NR/NS.....8	
741	Algunas veces ha sido (fué) forzada por su esposo (o compañero) a tener relaciones sexuales ?  SIN HIJOS, PASE A 744	SI.....1 NO.....2	
742	Usted y/o su esposo (o compañero) golpea(n) a sus hijos ?	SI.....1 NO.....2	744
743	Quién más golpea a sus hijos ?	LOS ABUELOS.....1 LOS TIOS.....2 LOS HERMANOS.....3 OTRA PERSONA: Quién ? .....4 (ESPECIFIQUE) NADIE MAS.....5 NR.....8	
744	ANOTE LA HORA DE TERMINACION	HORAS..... MINUTOS.....	

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SOLO  
DEBE APARECER UN CODIGO. LAS COLUMNAS  
1, 6, 7 Y 8 DEBEN LLENARSE COMPLETAS.

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos  
N NACIMIENTOS  
E EMBARAZOS  
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO  
1 PILDORA  
2 DIU  
3 INYECCIONES  
4 VAGINALES  
5 CONDOM  
6 ESTERILIZACION FEMENINA  
7 ESTERILIZACION MASCULINA  
8 ABSTINENCIA PERIODICA  
9 RETIRO  
W OTRO \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo  
1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA  
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA  
3 MARIDO DESAPROBO  
4 EFECTOS COLATERALES  
5 MOTIVOS DE SALUD  
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD  
7 DESEABA METODO MAS EFECTIVO  
8 USO INCONVENIENTE  
9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE  
C COSTO  
F FATALISTA  
A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA  
D DISOLUCION MARITAL/SEPARACION  
W OTRO \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)  
K NO SABE

COL. 3: Amenorreas Post-Parto  
X NO VOLVIO LA REGLA  
O MENOS DE UN MES

COL. 4: Abstinencia Post-Parto  
X SIN RELACIONES SEXUALES  
O MENOS DE UN MES

COL. 5: Lactancia  
X LACTANCIA  
O MENOS DE UN MES

COL. 6: Matrimonio/Unión  
X EN UNION (CASADA O UNION LIBRE)  
O NO EN UNION

COL. 7: Movimientos y Tipos de Localidades  
X CAMBIO DE COMUNIDAD  
1 CIUDAD  
2 PUEBLO  
3 CAMPO

COL. 8: Tipo de Empleo  
0 NO TRABAJABA  
1 EMPLEO REMUNERADO, FUERA DEL HOGAR  
2 EMPLEO REMUNERADO, EN EL HOGAR  
3 INDEPENDIENTE, FUERA DEL HOGAR  
4 INDEPENDIENTE, EN EL HOGAR  
5 NO REMUNERADO, FUERA DEL HOGAR  
6 NO REMUNERADO, EN EL HOGAR

	1	2	3	4	5	6	7	8
07 JUL								07 JUL
1 06 JUN								06 JUN 1
9 05 MAY								05 MAY 9
9 04 ABR								04 ABR 9
0 03 MAR								03 MAR 0
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE
12 DIC								12 DIC
11 NOV								11 NOV
10 OCT								10 OCT
09 SEP								09 SEP
1 08 AGO								08 AGO 1
9 07 JUL								07 JUL 9
8 06 JUN								06 JUN 8
9 05 MAY								05 MAY 9
04 ABR								04 ABR
03 MAR								03 MAR
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE
12 DIC								12 DIC
11 NOV								11 NOV
10 OCT								10 OCT
09 SEP								09 SEP
1 08 AGO								08 AGO 1
9 07 JUL								07 JUL 9
8 06 JUN								06 JUN 8
8 05 MAY								05 MAY 8
04 ABR								04 ABR
03 MAR								03 MAR
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE
12 DIC								12 DIC
11 NOV								11 NOV
10 OCT								10 OCT
09 SEP								09 SEP
1 08 AGO								08 AGO 1
9 07 JUL								07 JUL 9
8 06 JUN								06 JUN 8
7 05 MAY								05 MAY 7
04 ABR								04 ABR
03 MAR								03 MAR
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE
12 DIC								12 DIC
11 NOV								11 NOV
10 OCT								10 OCT
09 SEP								09 SEP
1 08 AGO								08 AGO 1
9 07 JUL								07 JUL 9
8 06 JUN								06 JUN 8
6 05 MAY								05 MAY 6
04 ABR								04 ABR
03 MAR								03 MAR
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE
12 DIC								12 DIC
11 NOV								11 NOV
10 OCT								10 OCT
09 SEP								09 SEP
1 08 AGO								08 AGO 1
9 07 JUL								07 JUL 9
8 06 JUN								06 JUN 8
5 05 MAY								05 MAY 5
04 ABR								04 ABR
03 MAR								03 MAR
02 FEB								02 FEB
01 ENE								01 ENE

\_\_\_\_ ESTA USANDO EN ENERO 85: FECHA EN  
QUE COMENZO A USAR EL METODO

\_\_\_\_ NO ESTA USANDO EN ENERO 85: FECHA  
EN QUE DEJO DE USAR EL METODO

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO  
ANTES DE ENERO DE 1985

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Persona Entrevistada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Preguntas Específicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Otros Aspectos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre de la Entrevistadora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre del Codificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_