

COLOMBIA  
PROFAMILIA  
ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD  
1995

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION	
1. SEGMENTO No. _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
2. VIVIENDA No. _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
3. HOGAR No. _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
4. DEPARTAMENTO: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
5. MUNICIPIO _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
6. AREA: URBANA 1    RURAL 2 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
7. AREA DE MUESTREO _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
DIRECCION DE LA VIVIENDA _____	
No. DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGARES _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

DETALLE DE LAS VISITAS				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em; margin-top: 2px;"> <span>DIA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>
ENTREVISTADORA				CODIGO ENTREVISTADORA <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>
RESULTADO*				RESULTADO* <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>
INICIACION				NUMERO DE VISITAS <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>
HORA TERMINACION				

\* CODIGOS DE RESULTADO:

1 COMPLETA    2 RECHAZO    3 AUSENTE MOMENTANEO    4 AUSENTE TEMPORAL

5 AUSENTE NO RECUPERABLE    6 INCOMPLETA    7 OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

	SUPERVISORA	CRITICA DE CAMPO	CRITICA DE OFICINA	GRABADO POR
CODIGO	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)	_____ (NOMBRE)
FECHA				

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Primero me gustaría 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	Por cuánto tiempo ha estado Ud. viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 105	
104	Antes de que Ud. se viniera a vivir aquí, vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo?	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3	
105	En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 98	
106	Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 → 114	
108	Cuál fué el último año de estudios que aprobó?	NINGUNO..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMARIA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> UNIVERSIDAD..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
111	Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI ..... 1 → 113 NO ..... 2	
112	Cuál fue la principal razón por la que dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO..... 02 PARA CUIDAR DE LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS..... 04 NO PODIAN PAGAR..... 05 NECESITABA GANAR DINERO ..... 06 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO PASO EXAMENES DE ENTRADA..... 08 NO QUISO ESTUDIAR..... 09 ESCUELA MUY LEJOS..... 10 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
113	VERIFIQUE 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             PRIMARIA <input type="checkbox"/>              ↓           </div> <div>             SECUNDARIA              O UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> </div> </div>		→115
114	Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FACILMENTE ..... 1 CON DIFICULTAD ..... 2 IMPOSIBLE ..... 3	→115
115	Lee Ud. un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
116	Generalmente usted escucha radio todos los días?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	
117	Generalmente ve Ud. televisión todas las semanas?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	

PREG.	SECCION 2. REPRODUCCION	PASE A PREG.
201	Ahora, me gustaría 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>
206	Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: Tuvo usted alguna (otra) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Ud. ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida. Es correcto?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201-208 SI ES NECESARIO	
210	VERIFIQUE 208:  UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 227	

211 Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos sus hijos, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.  
 SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.  
 ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS.

212 Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	213 ANOTE NACI- MIENTO SIMPLE O MULTIPLE	214 Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 En qué mes y año nació (NOMBRE)?	216 Está (NOM- BRE) aún vivo?	217 SI ESTA VIVO:  Cuántos años cumpli- dos tiene?	218 SI ESTA VIVO:  Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	219 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.	220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITELE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO.  ES LA DIFE- RENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	221 Hubo algún otro naci- miento entre (NOMBRE DEL NACI- MIENTO ANTE- RIOR) y (NOMBRE)?
01  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>		
02  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2
03  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2
04  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2
05  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2
06  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2
07  (NOMBRE)	SIMPLE... 1  MULT.... 2	H... 1  M... 2	MES... <input type="text"/>  AÑO... <input type="text"/>	SI... 1  NO... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1  NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> AÑO..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1  NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1  NO..... 2

212 Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	213 ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE	214 Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 En qué mes y año nació (NOMBRE)?	216 Está (NOMBRE) aún vivo?	217 SI ESTA VIVO: Cuántos años cumplidos tiene?	218 SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	219 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, 0 AÑOS.	220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO.  ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	221 Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
08  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	H... 1 M... 2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1 NO..... 2
09  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	H... 1 M... 2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1 NO..... 2
10  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	H... 1 M... 2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1 NO..... 2
11  (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	H... 1 M... 2	MES... <input type="text"/> AÑO... <input type="text"/>	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI..... 1 NO..... 2
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA SUBSTRAGA EL AÑO DEL ULTIMO NACIMIENTO. LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS?							SI..... 1 NO..... 2 → 224	
223	Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO)?							SI..... 1 NO..... 2	
224	COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE:  NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (PRUEBE Y RECONCILIE)  VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P215) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (P217) PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTO LA EDAD A LA MUERTE (219) PARA EDADES A LA MUERTE 12 MESES O 1 AÑO: SE PROBO PARA DETERMINAR EDAD EXACTA DE MESES								
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990 SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 227								
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1990 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"								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
227	Está Ud. embarazada actualmente?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→230
228	Cuántos meses de embarazo tiene? 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	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228A	Está Ud. asistiendo a algún programa de control del embarazo?	SÍ..... 1 NO..... 2	→229
228B	A cuál?	ICBF-FAMI..... 1 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 6	
229	Cuando Ud. quedó embarazada, Ud. quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MAS TARDE..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS..... 3	
230	Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SÍ..... 1 NO..... 2	→236
231	Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO TERMINO DESDE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/> ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/>		→236
233	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo? ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Ha tenido Ud. otros embarazos que no terminaran en un nacido vivo?	SÍ..... 1 NO..... 2	→236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1990, PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DEL EMBARAZO TERMINADO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.		
236	Cuándo tuvo su última regla o menstruación? _____ (FECHA, SI LA DA)	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> HISTERECTOMIZADA..... 993 ESTA EN LA MENOPAUSIA..... 994 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
238	En qué momento de su ciclo menstrual hay mayor riesgo de quedar embarazada?	DURANTE SU PERIODO..... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADO EL PERIODO..... 02 EN LA MITAD DEL CICLO..... 03 JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIODO..... 04 EN CUALQUIER MOMENTO..... 05 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE..... 98	

# SECCION 3. ANTICONCEPCION

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.

ENCIERRE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302.

ENCIERRE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO. LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

301 Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?		302 Conoce o ha oído hablar de (METODO)?		303 Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?
		SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO NO	
01	PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2 3	SI ..... 1 NO..... 2
02	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" dorada).	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
03	INYECCION Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
04	IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden tener seis cápsulas en la parte alta de su brazo, colocadas por un doctor o enfermera, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
05	DIAFRAGMA, ESPUMA, JALEA Las mujeres pueden colocar una esponja, óvulo, diafragma, jalea o crema dentro de ellas antes de la relación.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
06	PRESERVATIVO O CONDON Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
07	ESTERILIZACION FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura, desconexión)	1	2 3	Ha tenido Ud una operación para evitar tener más hijos? SI ..... 1 NO ..... 2
08	ESTERILIZACION MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA o desconexión del hombre).	1	2 3	Ha sido esterilizado su esposo o compañero? SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8
09	ABSTINENCIA PERIODICA Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
10	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	1	2 3	SI ..... 1 NO ..... 2
11	OTROS METODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1 1 _____ (ESPECIFIQUE) 2 _____ (ESPECIFIQUE)	3	SI ..... 1 NO..... 2  SI ..... 1 NO ..... 2

304 VERIFIQUE 303:

NI UN SOLO "SI"  
(NUNCA HA USADO)

☐

AL MENOS UN "SI"  
(HA USADO METODO)

☐

→PASE A 308

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
305	Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→307
306	ANOTE "O" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		→331
307	Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 303-304 ( Y 302 SI ES NECESARIO ).		
308	Qué fué lo primero que hizo o qué método usó para demorar o evitar quedar embarazada?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCION..... 03 IMPLANTES O NORPLANT..... 04 VAGINALES (CREMA, JALEA)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
309	Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NUMERO DE HIJOS.....	
311	VERIFIQUE 303 MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		→325
313	Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→325
314	Qué método están Uds. usando?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCION..... 03 IMPLANTES O NORPLANT..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→324
314A	ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		→318 →323 →324
314B	En el momento en que Ud. comenzó a usar la píldora, consultó con un médico o enfermera?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
315	Puedo ver el paquete de píldoras que Ud. está usando ahora? (ANOTE NOMBRE DE LA MARCA)	MOSTRO EMPAQUE..... 1 MARCA:..... NO MOSTRO EMPAQUE (TIENE)..... 2 NO MOSTRO EMPAQUE (NO TIENE)..... 3	→316 →315C
315A	OBSERVE EL ORDEN EN EL QUE LAS PILDORAS HAN SIDO SACADAS DEL PAQUETE Y PONGA UN CIRCULO EN EL CODIGO CORRECTO	PILDORA SACADA EN ORDEN..... 1 PILDORA SACADA EN DESORDEN..... 2 EL PAQUETE NO HA SIDO ABIERTO..... 3	→316A
315B	Por qué no ha tomado Ud. la píldora (en orden)?	NO SABE COMO HACERLO..... 01 RAZONES DE SALUD..... 02 SIGUE INSTRUCCIONES: DEL PAQUETE/DE LA FUENTE..... 03 PAQUETE NUEVO..... 04 MENSTRUANDO..... 05 SOLO LA TOMA CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES..... 06 OLVIDO..... 07 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→316A

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
315C	Por qué no tiene un paquete de píldoras en la casa?	SE LE ACABARON..... 01 CUESTAN MUCHO..... 02 MARIDO NO ESTA..... 03 MENSTRUANDO..... 04 YA NO LAS USA..... 05 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
316	Sabe Ud. el nombre de las píldoras que está usando?	NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> NO SABE..... 98	
316A	En algún momento del mes pasado, dejó Ud. de tomar la píldora al menos un día?	SI..... 1 NO..... 2	→316C
316B	Por qué dejó de tomarla?	MANCHADO/SANGRADO..... 01 OTRA MOLESTIA..... 02 PERIODO NO LLEGO..... 03 SE ACABARON LAS PILDORAS..... 04 OLVIDO/PERDIO PAQUETE..... 05 RELACIONES ESPORADICAS..... 06 OTRA: _____ 96	
316C	Qué hace cuando se le olvida tomar la píldora?	TOMA UNA PILDORA AL DIA SIGUIENTE... 01 TOMA DOS PILDORAS AL DIA SIGUIENTE.. 02 USA OTRO METODO..... 03 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SE LE OLVIDA..... 97	
316D	Cuando fue la última vez que Ud. tomó una píldora?  SI MENOS DE UN MES, ANOTE LOS DIAS	HACE DIAS..... <input type="text"/> HACE MAS DE UN MES..... 97	
316E	VERIFIQUE 316D:  HACE MAS DE DOS DIAS <input type="checkbox"/> HACE DOS DIAS O MENOS <input type="checkbox"/>		→317
316F	Por qué Ud. no está tomando la píldora en estos días?	MARIDO NO ESTA..... 01 OLVIDO..... 02 RAZONES DE SALUD..... 03 CUESTAN MUCHO..... 04 NO NECESITA TOMARLA DIARIAMENTE..... 05 SE LE ACABARON..... 06 MENSTRUANDO..... 07 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
317	Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	COSTO..... <input type="text"/> GRATIS..... 9996 NO SABE..... 9998	→324

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																				
318	<p>Dónde tuvo lugar la esterilización? En qué sitio?</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>_____</p> <p>DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>_____</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO)                      (DEPARTAMENTO)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 14</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>INSTITUTO SEGUROS SOCIALES..... 15</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... 16</p> <p>OTRA GOBIERNO: _____ 17</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR..... 21</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>PROFAMILIA..... 22</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 23</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 25</p> <p>CLINICA MOVIL..... 26</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 28</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>																					
318A	<p>Quién pagó directamente el mayor costo de la operación?</p> <p>SI NO PAGO ESCRIBA CEROS</p> <p>Si SI, cuánto pagó?</p>	<p>LA(EL) MISMA(O) PACIENTE.....01</p> <p>ALGUN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, QUE LO REMITIO.....02</p> <p>SEGURO PRIVADO O SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA.....03</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....98</p>	→ 318D																				
318B	<p>Antes de que la(o) operaran, tuvo necesidad de hacerse exámenes especiales?</p> <p>SI NO PAGO ESCRIBA CEROS</p> <p>Si SI, cuánto pagó?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																					
318C	<p>Cuando la(o) operaron cuánto tuvo que pagar por:</p> <p>TODO</p> <p>Sala de cirugía</p> <p>Honorarios cirujano</p> <p>Anestesia/anestesiólogo</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAGO</th> <th>NO PAGO</th> <th>NS/NR</th> <th>(MILES)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)	1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)																				
1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
1	2	8	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
318D	<p>Ud. considera que le fue BIEN, REGULAR O MAL con la recuperación de la cirugía?</p>	<p>BIEN..... 1</p> <p>REGULAR..... 2</p> <p>MAL..... 3</p> <p>NO SABE..... 8</p>																					
319	<p>Ud. lamenta haber sido operada (que su esposo haya sido operado) para no tener más hijos?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 321																				
320	<p>Por qué lamenta la operación?</p>	<p>DESEA OTRO HIJO..... 01</p> <p>COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02</p> <p>EFFECTOS COLATERALES..... 03</p> <p>NINO MURIO..... 04</p> <p>OTRA RAZON: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																					
321	<p>En qué mes y año la(o) operaron?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																					
322	<p>VERIFIQUE 321:</p> <p>ESTERILIZADA ANTES DE ENERO 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1990</p> <p>VAYA DESPUES A → 329A</p>	<p>ESTERILIZACION DESPUES DE ENERO 1990 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION</p> <p>VAYA DESPUES A → 325</p>																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
323	<p>Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales?</p>	<p>CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01</p> <p>CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02</p> <p>CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO BILLINGS)..... 03</p> <p>CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04</p> <p>NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
324	<p>ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 314 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.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando empezó a usar METODO ACTUAL continuamente?</li> <li>- Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente?</li> </ul>		
325	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1990.</p> <p>USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>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 FRENTE AL ULTIMO MES DE USO.</p> <p>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.</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: COLUMNA 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando fué la última vez que Ud. usó un método? Qué método fué ese?</li> <li>• Cuando empezó Ud. a usar ese método? Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)?</li> <li>• Por cuánto tiempo usó el método entonces?</li> </ul> <p>COLUMNA 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por qué dejó Ud. de usar el método?</li> <li>• Usted quedó embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones?</li> </ul> <p>SI DELIBERADAMENTE DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (METODO)?" Y ANOTE EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.</p>		
326	<p>VERIFIQUE 312:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>      EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		→332
327	<p>VERIFIQUE 314:</p> <p>PONGA UN CIRCULO EN EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE</p>	<p>NO ESTA USANDO..... 00</p> <p>PILDORA..... 01</p> <p>DIU..... 02</p> <p>INYECCION..... 03</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 04</p> <p>VAGINALES..... 05</p> <p>CONDON..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA..... 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA..... 08</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA..... 09</p> <p>RETIRO..... 10</p> <p>OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→331</p> <p>→328</p> <p>→328</p> <p>→329A</p> <p>→332</p>
327A	<p>La última vez Ud. obtuvo (METODO) por consulta o por mostrador?</p>	<p>CONSULTA..... 1</p> <p>MOSTRADOR..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																
328	<p>Dónde obtuvo Ud. (METODO) la última vez?</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>_____</p> <p>DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>_____</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO) _____ (DEPARTAMENTO)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... 13</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 14</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>INSTITUTO SEGUROS SOCIALES..... 15</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... 16</p> <p>OTRA GOBIERNO: _____ 17</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR.... 21</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>PROFAMILIA..... 22</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 23</p> <p>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA..... 24</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 25</p> <p>CLINICA MOVIL..... 26</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 28</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>																	
328A	PARA USUARIAS DE PILDORA, VAGINALES, INYECCION O CONDON _____		→ 329																
328B	<p>USUARIAS DE DIU O NORPLANT:</p> <p>Quién pagó directamente el mayor costo de la atención?</p>	<p>LA MISMA PACIENTE/FAMILIAR..... 01</p> <p>ALGUN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, QUE LA REMITIO..... 02</p> <p>SEGURO PRIVADO O SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA..... 03</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	→ 3280																
328C	<p>Cuánto tuvo que pagar Ud. por (el METODO):</p> <p>TODO</p> <p>Anticonceptivo</p> <p>Consulta</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAGO</th> <th>NO PAGO</th> <th>NS/NR</th> <th>(MILES)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]</td> </tr> </tbody> </table>	PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)	1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]	1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]	1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]	
PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)																
1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]																
1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]																
1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]																
328D	<p>En qué mes y año le insertaron el DIU/ le implantaron el NORPLANT?</p>	<p>MES..... [ ] [ ]</p> <p>NO SABE EL MES..... 98</p> <p>AÑO..... [ ] [ ]</p> <p>NO SABE EL AÑO..... 98</p>																	
328E	Ud. ha ido a consulta de control del DIU/NORPLANT?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 329																
328F	<p>Cuántos controles se ha hecho desde Enero de 1994 hasta la fecha?</p>	<p>NUMERO..... [ ]</p> <p>SI NINGUNO ANOTE "0" Y PASE A _____</p>	→ 329																
328G	Cuánto pagó por la (última) consulta de control?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAGO</th> <th>NO PAGO</th> <th>NS/NR</th> <th>(MILES)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]</td> </tr> </tbody> </table>	PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)	1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]									
PAGO	NO PAGO	NS/NR	(MILES)																
1	2	8	\$ [ ] [ ] [ ] . [ ]																
329	Ud. sabe de otro lugar donde Ud. podría haber conseguido (METODO) la última vez?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 330A																
329A	En el momento de hacerse la operación de esterilización, Ud. sabía de otro lugar donde podría haber sido operada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 330A																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																																																																	
330	<p>La gente selecciona el lugar donde pueda conseguir los servicios de planificación familiar, por varias razones.</p> <p>En su caso, cuál fue la principal razón por la que Ud. no fue a este lugar sino al otro (VER 318 Y 328) la última vez?</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR EN P318 O P328)</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>_____</p> <p>ANOTE LA RESPUESTA Y MARQUE UN CIRCULO EN EL CODIGO</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>RAZON PRINCIPAL</td> <td>OTRA RAZON</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO</td> </tr> <tr> <td>CERCA AL HOGAR.....</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CERCA MERCADO/TRABAJO.....</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL MAS COMPETENTE/AMIGABLE.....</td> <td>21</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>LIMPIEZA.....</td> <td>22</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>OFRECE MAS PRIVACIA.....</td> <td>23</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>MENOR TIEMPO DE ESPERA.....</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>MAYOR TIEMPO DE SERVICIO...</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>PRESTAN OTROS SERVICIOS....</td> <td>26</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>MENORES COSTOS.....</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>DESEO DE ANONIMATO.....</td> <td>41</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA OTRA RAZON.....</td> <td></td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____</td> <td></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td>98</td> <td></td> </tr> </table>		RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON	RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO			CERCA AL HOGAR.....	11	11	CERCA MERCADO/TRABAJO.....	12	12	DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....	13	13	RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO			PERSONAL MAS COMPETENTE/AMIGABLE.....	21	21	LIMPIEZA.....	22	22	OFRECE MAS PRIVACIA.....	23	23	MENOR TIEMPO DE ESPERA.....	24	24	MAYOR TIEMPO DE SERVICIO...	25	25	PRESTAN OTROS SERVICIOS....	26	26	MENORES COSTOS.....	31	31	DESEO DE ANONIMATO.....	41	41	NINGUNA OTRA RAZON.....		95	OTRA: _____	96		(ESPECIFIQUE)			OTRA: _____		96	(ESPECIFIQUE)			NO SABE .....	98							
	RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON																																																																		
RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO																																																																				
CERCA AL HOGAR.....	11	11																																																																		
CERCA MERCADO/TRABAJO.....	12	12																																																																		
DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....	13	13																																																																		
RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO																																																																				
PERSONAL MAS COMPETENTE/AMIGABLE.....	21	21																																																																		
LIMPIEZA.....	22	22																																																																		
OFRECE MAS PRIVACIA.....	23	23																																																																		
MENOR TIEMPO DE ESPERA.....	24	24																																																																		
MAYOR TIEMPO DE SERVICIO...	25	25																																																																		
PRESTAN OTROS SERVICIOS....	26	26																																																																		
MENORES COSTOS.....	31	31																																																																		
DESEO DE ANONIMATO.....	41	41																																																																		
NINGUNA OTRA RAZON.....		95																																																																		
OTRA: _____	96																																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																																				
OTRA: _____		96																																																																		
(ESPECIFIQUE)																																																																				
NO SABE .....	98																																																																			
330A	<p>VERIFIQUE 318, 327A O 328:</p> <p>CONSIGUIO ANTICONCEPTIVO POR MOSTRADOR, O NO SABE DONDE SE COMPRO <input type="checkbox"/></p> <p>CONSIGUIO ANTICONCEPTIVO POR CONSULTA EN INSTITUCIONES (HOSPITAL, CLINICA, CONSULTORIO, ETC.) <input type="checkbox"/></p>		→334																																																																	
330B	<p>Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida. Para cada uno de los siguientes aspectos, diga cómo le pareció, en una escala de "Bueno", "Regular", "Malo":</p> <p>LEA CADA UNO DE LOS ASPECTOS Y LA ESCALA</p> <table border="0"> <tr> <td>Cómo le pareció</td> <td>BUENO</td> <td>REGULAR</td> <td>MALO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>1 EL ACCESO AL LUGAR DE ATENCION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2 LOS HORARIOS DE ATENCION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3 LA ORIENTACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>4 LA INFORMACION RECIBIDA SOBRE EL METODO QUE LE PRESCRIBIERON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>5 LA COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>6 LA LIMPIEZA DE LA SALA DE ESPERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>7 EL TIEMPO DE ESPERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>8 EL TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>9 EL TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10 LA AMABILIDAD DEL MEDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>11 LAS EXPLICACIONES DEL MEDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>12 EL GRADO DE PRIVACIDAD EN LA ATENCION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </table>	Cómo le pareció	BUENO	REGULAR	MALO	NS	1 EL ACCESO AL LUGAR DE ATENCION.....	1	2	3	8	2 LOS HORARIOS DE ATENCION.....	1	2	3	8	3 LA ORIENTACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	1	2	3	8	4 LA INFORMACION RECIBIDA SOBRE EL METODO QUE LE PRESCRIBIERON.....	1	2	3	8	5 LA COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA.....	1	2	3	8	6 LA LIMPIEZA DE LA SALA DE ESPERA.....	1	2	3	8	7 EL TIEMPO DE ESPERA.....	1	2	3	8	8 EL TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.....	1	2	3	8	9 EL TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	1	2	3	8	10 LA AMABILIDAD DEL MEDICO.....	1	2	3	8	11 LAS EXPLICACIONES DEL MEDICO.....	1	2	3	8	12 EL GRADO DE PRIVACIDAD EN LA ATENCION.....	1	2	3	8		
Cómo le pareció	BUENO	REGULAR	MALO	NS																																																																
1 EL ACCESO AL LUGAR DE ATENCION.....	1	2	3	8																																																																
2 LOS HORARIOS DE ATENCION.....	1	2	3	8																																																																
3 LA ORIENTACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	1	2	3	8																																																																
4 LA INFORMACION RECIBIDA SOBRE EL METODO QUE LE PRESCRIBIERON.....	1	2	3	8																																																																
5 LA COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA.....	1	2	3	8																																																																
6 LA LIMPIEZA DE LA SALA DE ESPERA.....	1	2	3	8																																																																
7 EL TIEMPO DE ESPERA.....	1	2	3	8																																																																
8 EL TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.....	1	2	3	8																																																																
9 EL TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	1	2	3	8																																																																
10 LA AMABILIDAD DEL MEDICO.....	1	2	3	8																																																																
11 LAS EXPLICACIONES DEL MEDICO.....	1	2	3	8																																																																
12 EL GRADO DE PRIVACIDAD EN LA ATENCION.....	1	2	3	8																																																																
330C	<p>El método que le dieron era el que Ud. quería?</p>	<p>EL MISMO..... 1</p> <p>SE LO CAMBIARON..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	→334																																																																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																																																																																							
331	<p>Cuál es la principal razón de que Ud. no esté usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p> <p>_____</p> <p>Alguna otra razón? _____</p> <p>ANOTE LAS RAZONES PRINCIPAL Y SECUNDARIA EN COLUMNAS SEPARADAS</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>RAZON PRINCIPAL</th> <th>OTRA RAZON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO EN UNION.....</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE REL. SEXUALES....</td> <td>21</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>SEXO POCO FRECUENTE.....</td> <td>22</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA..</td> <td>23</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS DE FERTILIDAD...</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>POSTPARTO/LACTANCIA.....</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>DESEA MAS HIJOS.....</td> <td>26</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>EMBARAZADA.....</td> <td>27</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td colspan="3">OPOSICION A USAR</td> </tr> <tr> <td>ENTREVISTADA SE OPONE.....</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>MARIDO SE OPONE.....</td> <td>32</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>OTROS SE OPONEN.....</td> <td>33</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>PROHIBICION RELIGIOSA.....</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FALTA DE CONOCIMIENTO</td> </tr> <tr> <td>NO CONOCE METODO.....</td> <td>41</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>NO CONOCE FUENTE.....</td> <td>42</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS DE SALUD.....</td> <td>51</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>MIEDO A EFECTO COLATERALES.....</td> <td>52</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....</td> <td>53</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>MUY COSTOSO.....</td> <td>54</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>INCONVENIENTE PARA USAR...</td> <td>55</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....</td> <td>56</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA OTRA RAZON.....</td> <td>95</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>98</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON	NO EN UNION.....	11	11	RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD			NO TIENE REL. SEXUALES....	21	21	SEXO POCO FRECUENTE.....	22	22	MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA..	23	23	PROBLEMAS DE FERTILIDAD...	24	24	POSTPARTO/LACTANCIA.....	25	25	DESEA MAS HIJOS.....	26	26	EMBARAZADA.....	27	27	OPOSICION A USAR			ENTREVISTADA SE OPONE.....	31	31	MARIDO SE OPONE.....	32	32	OTROS SE OPONEN.....	33	33	PROHIBICION RELIGIOSA.....	34	34	FALTA DE CONOCIMIENTO			NO CONOCE METODO.....	41	41	NO CONOCE FUENTE.....	42	42	RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO			PROBLEMAS DE SALUD.....	51	51	MIEDO A EFECTO COLATERALES.....	52	52	FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....	53	53	MUY COSTOSO.....	54	54	INCONVENIENTE PARA USAR...	55	55	INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....	56	56	NINGUNA OTRA RAZON.....	95		OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96		OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96		NO SABE.....	98		
	RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON																																																																																								
NO EN UNION.....	11	11																																																																																								
RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD																																																																																										
NO TIENE REL. SEXUALES....	21	21																																																																																								
SEXO POCO FRECUENTE.....	22	22																																																																																								
MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA..	23	23																																																																																								
PROBLEMAS DE FERTILIDAD...	24	24																																																																																								
POSTPARTO/LACTANCIA.....	25	25																																																																																								
DESEA MAS HIJOS.....	26	26																																																																																								
EMBARAZADA.....	27	27																																																																																								
OPOSICION A USAR																																																																																										
ENTREVISTADA SE OPONE.....	31	31																																																																																								
MARIDO SE OPONE.....	32	32																																																																																								
OTROS SE OPONEN.....	33	33																																																																																								
PROHIBICION RELIGIOSA.....	34	34																																																																																								
FALTA DE CONOCIMIENTO																																																																																										
NO CONOCE METODO.....	41	41																																																																																								
NO CONOCE FUENTE.....	42	42																																																																																								
RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO																																																																																										
PROBLEMAS DE SALUD.....	51	51																																																																																								
MIEDO A EFECTO COLATERALES.....	52	52																																																																																								
FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....	53	53																																																																																								
MUY COSTOSO.....	54	54																																																																																								
INCONVENIENTE PARA USAR...	55	55																																																																																								
INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....	56	56																																																																																								
NINGUNA OTRA RAZON.....	95																																																																																									
OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96																																																																																									
OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96																																																																																									
NO SABE.....	98																																																																																									
332	<p>Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 334																																																																																							
333	<p>Cuál es ese lugar? (MARQUE EL LUGAR PRINCIPAL EN LA PRIMERA COLUMNA)</p> <p>Algun otro sitio? (MARQUE TODAS LAS OTRAS ALTERNATIVAS EN LA COLUMNA ALFABETICA)</p> <p>SI LA FUENTE PRINCIPAL ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>_____ DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>_____ (CIUDAD O PUEBLO) _____ (DEPARTAMENTO)</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td colspan="3">SECTOR GOBIERNO</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL DEL GOBIERNO.....</td> <td>11</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..</td> <td>12</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>PROMOTORA DE SALUD.....</td> <td>13</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>OTRO GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>14</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SEGURIDAD SOCIAL</td> </tr> <tr> <td>INSTITUTO SEGUROS SOCIALES....</td> <td>15</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>CAJAS DE PREVISION.....</td> <td>16</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>OTRA GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>17</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>CAJAS DE COMPENSACION.....</td> <td>21</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SECTOR PRIVADO</td> </tr> <tr> <td>PROFAMILIA.....</td> <td>22</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....</td> <td>23</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA....</td> <td>24</td> <td>K</td> </tr> <tr> <td>MEDICO PARTICULAR.....</td> <td>25</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>CLINICA MOVIL.....</td> <td>26</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>PROMOTORA DE SALUD.....</td> <td>27</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>OTRO PRIVADO: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>28</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>96</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>NINGUN OTRO SITIO.....</td> <td></td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>	SECTOR GOBIERNO			HOSPITAL DEL GOBIERNO.....	11	A	CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..	12	B	PROMOTORA DE SALUD.....	13	C	OTRO GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)	14	D	SEGURIDAD SOCIAL			INSTITUTO SEGUROS SOCIALES....	15	E	CAJAS DE PREVISION.....	16	F	OTRA GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)	17	G	CAJAS DE COMPENSACION.....	21	H	SECTOR PRIVADO			PROFAMILIA.....	22	I	HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	23	J	DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA....	24	K	MEDICO PARTICULAR.....	25	L	CLINICA MOVIL.....	26	M	PROMOTORA DE SALUD.....	27	N	OTRO PRIVADO: _____ (ESPECIFIQUE)	28	O	OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	96	X	NINGUN OTRO SITIO.....		Y																												
SECTOR GOBIERNO																																																																																										
HOSPITAL DEL GOBIERNO.....	11	A																																																																																								
CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..	12	B																																																																																								
PROMOTORA DE SALUD.....	13	C																																																																																								
OTRO GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)	14	D																																																																																								
SEGURIDAD SOCIAL																																																																																										
INSTITUTO SEGUROS SOCIALES....	15	E																																																																																								
CAJAS DE PREVISION.....	16	F																																																																																								
OTRA GOBIERNO: _____ (ESPECIFIQUE)	17	G																																																																																								
CAJAS DE COMPENSACION.....	21	H																																																																																								
SECTOR PRIVADO																																																																																										
PROFAMILIA.....	22	I																																																																																								
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	23	J																																																																																								
DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA....	24	K																																																																																								
MEDICO PARTICULAR.....	25	L																																																																																								
CLINICA MOVIL.....	26	M																																																																																								
PROMOTORA DE SALUD.....	27	N																																																																																								
OTRO PRIVADO: _____ (ESPECIFIQUE)	28	O																																																																																								
OTRO: _____ (ESPECIFIQUE)	96	X																																																																																								
NINGUN OTRO SITIO.....		Y																																																																																								
334	<p>En los últimos 12 meses la ha visitado una trabajadora de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																																																								
335	<p>Ha visitado algún centro médico o de salud en los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 338																																																																																							

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
336	Alguien de ese centro médico o de salud le ha hablado acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
338	Piensa Ud. que mientras una mujer está lactando aumentan los riesgos de quedar embarazada, disminuyen o no se ven afectados?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO SE AFECTAN, IGUALES..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	→401 →401
339	VERIFIQUE 210:  UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		→401
340	Ud. alguna vez ha confiado en la lactancia como método para evitar embarazos?	SI..... 1 NO..... 2	→401
341	VERIFIQUE 312 Y 314:  EMBARAZADA O USANDO ACTUALMENTE: <input type="checkbox"/> •PILDORA •DIU •INYECCIONES •IMPLANTES O NORPLANT •ESTERILIZACION FEMENINA O MASCULINA  TODAS LAS DEMAS <input type="checkbox"/>		→401
342	Está Ud. actualmente confiando en la lactancia para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	

## SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

HOJA DE CONTINUACION



401	VERIFIQUE 225: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/> → (PASE A 467)	
402	ANOTE EN LA TABLA EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1990. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIMIENTO. ( SI HAY MAS DE DOS UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).  Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de todos sus hijos nacidos en los últimos cinco años. (Hablemos de cada uno de ellos, uno a uno).	
403	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO NUMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		PENULTIMO NACIDO VIVO NUMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>
404	DE LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE) DE LA PREGUNTA 216 (SI ESTA VIVO O MUERTO)	NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
		NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada ENTONCES? quería tenerlo MAS TARDE o NO QUERIA tener más hijos?	ENTONCES..... 1 MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←
		ENTONCES..... 1 MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←
406	Qué tanto tiempo le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
		MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) se hizo control prenatal? Si SI, A quién vió Ud? A alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO.	DOCTOR..... A ENFERMERA/PARTERA..... B AUXILIAR DE PARTERA..... C COMADRONA..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) A NADIE..... Y (PASE A 410) ←
		DOCTOR..... A ENFERMERA/PARTERA..... B AUXILIAR DE PARTERA..... C COMADRONA..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) A NADIE..... Y (PASE A 410) ←
407A	Dónde tuvo lugar la atención prenatal?  SI LA FUENTE PRINCIPAL ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.  (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)  DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)  (CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO:..... 14 (ESPECIFIQUE) SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO (ESPECIFIQUE)..... 17 CAJAS DE COMPENSACION..... 21 SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO:..... 28 (ESPECIFIQUE) OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
		SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO:..... 14 (ESPECIFIQUE) SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO (ESPECIFIQUE)..... 17 CAJAS DE COMPENSACION..... 21 SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO:..... 28 (ESPECIFIQUE) OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
408	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
		MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
409	Cuántas visitas prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?	VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
		VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
410	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétanos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 412) ←
		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 412) ←
411	Cuántas veces le pusieron esa vacuna?	VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
		VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8

NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212					
		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE		NOMBRE	
412	<p>Dónde tuvo lugar la atención del parto?</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12</p> <p>OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 14</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... 16</p> <p>OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 17</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION..... 21</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 25</p> <p>CLINICA MOVIL..... 26</p> <p>OTRO PRIVADO: (ESPECIFIQUE) 28</p> <p>SU HOGAR..... 31</p> <p>OTRO HOGAR..... 32</p> <p>OTRO: (ESPECIFIQUE) 96</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12</p> <p>OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 14</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... 16</p> <p>OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 17</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION..... 21</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 25</p> <p>CLINICA MOVIL..... 26</p> <p>OTRO PRIVADO: (ESPECIFIQUE) 28</p> <p>SU HOGAR..... 31</p> <p>OTRO HOGAR..... 32</p> <p>OTRO: (ESPECIFIQUE) 96</p>		
413	<p>Quién le atendió el parto de (NOMBRE)?</p> <p>Alguién más?</p> <p>TRATE DE CONSEGUIR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p> <p>DOCTOR..... A</p> <p>ENFERMERA/PARTERA..... B</p> <p>AUXILIAR DE PARTERA..... C</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>COMADRONA..... D</p> <p>PARIENTE/AMIGA..... E</p> <p>OTRO: (ESPECIFIQUE) X</p> <p>NADIE..... Y</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p> <p>DOCTOR..... A</p> <p>ENFERMERA..... B</p> <p>AUXILIAR DE PARTERA..... C</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>COMADRONA..... D</p> <p>PARIENTE/AMIGA..... E</p> <p>OTRO: (ESPECIFIQUE) X</p> <p>NADIE..... Y</p>		
414	<p>En el momento del nacimiento de (NOMBRE), Ud. tuvo:</p> <p>Trabajo prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares, duraron más de 12 horas?</p> <p>Sangrado excesivo después del parto?</p> <p>Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal?</p> <p>Convulsiones no causadas por fiebre?</p> <p>Alguna otra complicación?</p> <p>SI, SI, qué tipo de complicación</p>	<p>SI NO</p> <p>LABOR PROLONGADA..... 1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO..... 1 2</p> <p>FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2</p> <p>CONVULSIONES..... 1 2</p> <p>OTRA: (ESPECIFIQUE) 1 2</p>	<p>SI NO</p> <p>LABOR PROLONGADA..... 1 2</p> <p>SANGRADO EXCESIVO..... 1 2</p> <p>FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2</p> <p>CONVULSIONES..... 1 2</p> <p>OTRA: (ESPECIFIQUE) 1 2</p>		
415	<p>(NOMBRE) nació por operación cesárea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		
416	<p>Cuando (NOMBRE) nació era:</p> <p>muy grande, más grande que el promedio, promedio, más pequeño que el promedio, o muy pequeño?</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2</p> <p>PROMEDIO..... 3</p> <p>MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUEÑO..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2</p> <p>PROMEDIO..... 3</p> <p>MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUEÑO..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>		
417	<p>(NOMBRE) fué pesado cuando nació?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 419) ←</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 420) ←</p>		
418	<p>Cuánto pesó (NOMBRE)?</p> <p>SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNET DE NACIMIENTO</p>	<p>GRAMOS DEL CARNET..... 1</p> <p>GRAMOS SEGUN RECUERDA..... 2</p> <p>NO SABE..... 99998</p>	<p>GRAMOS DEL CARNET..... 1</p> <p>GRAMOS SEGUN RECUERDA..... 2</p> <p>NO SABE..... 99998</p>		
419	<p>Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 421) ←</p> <p>(PASE A 422) ←</p>			
420	<p>Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 424) ←</p>		

NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212					
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE		PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	
421	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... NO SABE..... 98		MESES..... NO SABE..... 98	
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 424)			
423	Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425)			
424	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... NO SABE..... 98		MESES..... NO SABE..... 98	
425	Le dió pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426)	
425A	Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NINO ENFERMO/DEBIL..... 02 NINO MURIO..... 03 PROBLEMA SUCCION PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJANDO..... 06 NINO REHUSO..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)		MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NINO ENFERMO/DEBIL..... 02 NINO MURIO..... 03 PROBLEMA SUCCION PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJANDO..... 06 NINO REHUSO..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)	
426	Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho? SI MENOS DE UNA HORA, ANOTE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MAS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DIAS.	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 DIAS..... 2		INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 DIAS..... 2	
426A	Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429)	
426B	De quién recibió capacitación?	ICBF..... 1 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)		ICBF..... 1 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)			
428	Aún le está dando pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 432)			
429	Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a (NOMBRE)?	MESES..... NO SABE..... 98		MESES..... NO SABE..... 98	
430	Por qué dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NINO ENFERMO/DEBIL..... 02 NINO MURIO..... 03 PROBLEMAS SUCCION PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NINO REHUSO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO A USAR ANTICONCEP... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NINO ENFERMO/DEBIL..... 02 NINO MURIO..... 03 PROBLEMAS SUCCION PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NINO REHUSO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO A USAR ANTICONCEP... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
431	VERIFIQUE 404:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 434)      (REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTO, VAYA A 442)		VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 434)      (REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTO, VAYA A 442)	

NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212					
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE		PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	
432	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..... <input type="text"/>			
433	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..... <input type="text"/>			
434	En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
435	En algún momento de ayer o de anoche se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente?  Agua sola? Agua de azúcar? Jugo? Agua aromática? Leche en polvo para bebé (S26, SMA, etc.)? Leche fresca? Leche en polvo? Algún otro líquido? Alguna comida hecha de maíz, avena, soya, arroz? Alguna comida hecha de plátano, yuca, ñame, papa? Huevos, pescado, pollo? Carne? Cualquier otra comida sólida o semisólida?	SI NO NS AGUA SOLA..... 1 2 8 AGUA DE AZUCAR..... 1 2 8 JUGO..... 1 2 8 AGUA AROMATICA..... 1 2 8 FORMULA PARA BEBE..... 1 2 8 LECHE FRESCA..... 1 2 8 LECHE EN POLVO..... 1 2 8 ALGUN OTRO LIQUIDO.... 1 2 8 COMIDA HECHA DE CEREAL..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... 1 2 8 HUEVOS, PESCADO, POLLO.. 1 2 8 CARNE..... 1 2 8 CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. 1 2 8		SI NO NS AGUA SOLA..... 1 2 8 AGUA DE AZUCAR..... 1 2 8 JUGO..... 1 2 8 AGUA AROMATICA..... 1 2 8 FORMULA PARA BEBE..... 1 2 8 LECHE FRESCA..... 1 2 8 LECHE EN POLVO..... 1 2 8 ALGUN OTRO LIQUIDO.... 1 2 8 COMIDA HECHA DE CEREAL..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... 1 2 8 HUEVOS, PESCADO, POLLO.. 1 2 8 CARNE..... 1 2 8 CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. 1 2 8	
436	VERIFIQUE 435: AYER SE LE DIO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO?	"SI" UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)	"NO/NO SABE EN TODOS" <input type="checkbox"/> ↓	"SI" UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)	"NO/NO SABE EN TODOS" <input type="checkbox"/> ↓
437	VERIFIQUE 428 PARA VER SI TODAVIA LE DA PECHO	"SI" <input type="checkbox"/> ↓	"NO/NO SE PREGUNTO" <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)	"SI" <input type="checkbox"/> ↓	"NO/NO SE PREGUNTO" <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)
438	Se le dió a (NOMBRE) alguna otra cosa, distinta a la leche materna, para comer o beber ayer durante las horas del día o de la noche?  Si SI: Qué le dió a (NOMBRE) de comer o beber? CORRIJA 435.	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←	
439	(Además de la leche materna), cuántas veces comió ayer (NOMBRE), incluyendo tanto las comidas principales como otras?  SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	

NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
440	<p>Cuántos días de la última semana se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente?</p> <p>Agua sola?</p> <p>Leche?</p> <p>Otros líquidos?</p> <p>Comida hecha de cereal (maíz, soya, avena, arroz)?</p> <p>Comida hecha de tubérculos (plátano, yuca, ñame, papa)?</p> <p>Huevos, pescado, pollo?</p> <p>Carne?</p> <p>Cualquier otra comida sólida o semisólida?</p> <p>SI NO SABE, ANOTE "8"</p>	<p>REGISTRE EL NUMERO DE DIAS</p> <p>AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/></p> <p>LECHE..... <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS LIQUIDOS..... <input type="checkbox"/></p> <p>COMIDA HECHA DE CEREAL.... <input type="checkbox"/></p> <p>COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... <input type="checkbox"/></p> <p>HUEVOS, PESCADO, POLLO.... <input type="checkbox"/></p> <p>CARNE..... <input type="checkbox"/></p> <p>CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA..... <input type="checkbox"/></p>	<p>REGISTRE EL NUMERO DE DIAS</p> <p>AGUA SOLA..... <input type="checkbox"/></p> <p>LECHE..... <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS LIQUIDOS..... <input type="checkbox"/></p> <p>COMIDA HECHA DE CEREAL.... <input type="checkbox"/></p> <p>COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... <input type="checkbox"/></p> <p>HUEVOS, PESCADO, POLLO.... <input type="checkbox"/></p> <p>CARNE..... <input type="checkbox"/></p> <p>CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA..... <input type="checkbox"/></p>
441		DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 442.	DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 442.

SECCION 48: INMUNIZACION Y SALUD

442	ANOTE EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1990. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE UN FORMULARIO ADICIONAL).																																																																																																		
443	VERIFIQUE NUMERO DE ORDEN EN P212	ULTIMO NACIDO VIVO NUMERO DE ORDEN..... <input type="text"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NUMERO DE ORDEN..... <input type="text"/>																																																																																																
444	DE P212 (ANOTE EL NOMBRE) Y P216 (SI ESTA VIVO O MUERTO)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (VAYA A 444 EN PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 467)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (VAYA A 444 EN PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 467)																																																																																																
445	Tiene Ud. el carnet (tarjeta) de vacunación de (NOMBRE)?  Me permite verlo por favor?	SI, VISTO..... 1 (PASE A 446A) ← SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 449) ← SIN CARNET..... 3	SI, VISTO..... 1 (PASE A 446A) ← SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 449) ← SIN CARNET..... 3																																																																																																
446	Tuvo Ud. alguna vez un carnet de vacunación para (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 449) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 449) ← NO..... 2																																																																																																
446A	Dónde tuvo lugar la expedición del carnet de vacunación?  SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)  _____ DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)  _____ (CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 14  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 17 CAJAS DE COMPENSACION..... 21  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO: (ESPECIFIQUE) 28  OTRO: (ESPECIFIQUE) 96	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 14  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO: (ESPECIFIQUE) 17 CAJAS DE COMPENSACION..... 21  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO: (ESPECIFIQUE) 28  OTRO: (ESPECIFIQUE) 96																																																																																																
447	1) COPIE DEL CARNET LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA.  2) ESCRIBA "44" EN LA COL. DIA, SI EL CARNET MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTO LA FECHA  BCG? POLIO 0? (al nacimiento) POLIO 1? POLIO 2? POLIO 3? DPT 1? DPT 2? DPT 3? SARAMPION?	DIA MES AÑO BCG <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><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> P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 S																																																	DIA MES AÑO BCG <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><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> P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 S																																																

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE
448	(NOMBRE) recibió otras dosis que no estén anotadas en este carnet?  MARQUE "SI" SOLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, Y/O SARAMPION.	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DIA EN 447) NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DIA EN 447) NO..... 2 NO SABE..... 8
448A		(PASE A 451)	(PASE A 451)
449	Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle enfermedades?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 451) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 451) ← NO SABE..... 8
450A	Por favor dígame si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro que deja una señal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
450B	Recibió una vacuna contra el polio, es decir, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 450E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 450E) ←
450C	Si SI, Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="checkbox"/>	No. DE VECES..... <input type="checkbox"/>
450D	Si SI: Cuándo se le dió la primera vacuna para el polio: inmediatamente después del nacimiento o más tarde?	INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2	INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2
450E	Recibió la vacuna DPT, es decir, una inyección, usualmente dada al tiempo con las gotas del polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 450G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 450G) ←
450F	Si SI, Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="checkbox"/>	No. DE VECES..... <input type="checkbox"/>
450G	Le aplicaron una inyección para prevenir el sarampión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
450H	FECHA DE LA ULTIMA VACUNA SEGUN CARNET. SI NO LO TIENE, PREGUNTE POR FECHA	DIA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL DIA..... 98 MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL AÑO..... 98	DIA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL DIA..... 98 MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE EL AÑO..... 98
450I	Dónde tuvo lugar la aplicación de la última vacuna?  SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.  (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)  DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)  (CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO:..... 14 (ESPECIFIQUE)  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO:..... 17 (ESPECIFIQUE) CAJAS DE COMPENSACION..... 21  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO:..... 28 (ESPECIFIQUE)  OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 12 OTRO GOBIERNO:..... 14 (ESPECIFIQUE)  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL... 15 CAJAS DE PREVISION..... 16 OTRO GOBIERNO:..... 17 (ESPECIFIQUE) CAJAS DE COMPENSACION..... 21  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... 22 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.. 23 MEDICO PARTICULAR..... 25 CLINICA MOVIL..... 26 OTRO PRIVADO:..... 28 (ESPECIFIQUE)  OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE
451	(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
452	(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←
453	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, respiraba más agitadamente que otras veces, con respiración corta, rápida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
454	Buscó Ud. consejo o tratamiento para la tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 456) ←
455	Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? En alguna otra parte o vió a alguien más?  (ENCIERRE CADA UNO DE LOS QUE MENCIONE) SI LA FUENTE PRINCIPAL ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.  (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)  DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)  (CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL..... A CENTRO/PUESTO DE SALUD..... B PROMOTORA DE SALUD..... C OTRO GOBIERNO:..... D (ESPECIFIQUE)  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL..... E CAJAS DE PREVISION..... F OTRAS:..... G (ESPECIFIQUE) CAJAS DE COMPENSACION..... H  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... I HOSPITAL/CLINICA PRIVADA... J DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA.. K MEDICO PARTICULAR..... L PROMOTORA DE SALUD..... M OTRO PRIVADO:..... N (ESPECIFIQUE)  TIENDA/SUPERMERCADO..... O CURANDERO..... P OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL..... A CENTRO/PUESTO DE SALUD..... B PROMOTORA DE SALUD..... C OTRO GOBIERNO:..... D (ESPECIFIQUE)  SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL..... E CAJAS DE PREVISION..... F OTRAS:..... G (ESPECIFIQUE) CAJAS DE COMPENSACION..... H  SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... I HOSPITAL/CLINICA PRIVADA... J DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA.. K MEDICO PARTICULAR..... L PROMOTORA DE SALUD..... M OTRO PRIVADO:..... N (ESPECIFIQUE)  TIENDA/SUPERMERCADO..... O CURANDERO..... P OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)
456	(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
457	Hubo sangre en la deposición (en la materia fecal)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
458	En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
459	VEA 428 PARA ULTIMO NACIDO VIVO, PARA SABER SI PREGUNTA LO DEL PARENTESIS:  (Además de la leche materna) Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más, o menos?	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8
460	Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida?	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8
461	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
462	Le dió algo más para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ←

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
463	<p>Qué le dieron para tratar la diarrea?</p> <p>Algo más?</p> <p>(MARQUE TODO LO QUE MENCIONE)</p>	<p>LIQUIDO CASERO..... A</p> <p>PILDORA O JARABE ANTIBIOTICO..... B</p> <p>INECCION INTRAMUSCULAR..... C</p> <p>INECCION INTRAVENOSA..... D</p> <p>REMEDIOS CASEROS/ MEDICINA DE YERBAS..... E</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>LIQUIDO CASERO..... A</p> <p>PILDORA O JARABE ANTIBIOTICO..... B</p> <p>INECCION INTRAMUSCULAR..... C</p> <p>INECCION INTRAVENOSA..... D</p> <p>REMEDIOS CASEROS/ MEDICINA DE YERBAS..... E</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>
464	<p>Buscó Ud. consejo o tratamiento médico para la diarrea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 (PASE A 466) ←</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 (PASE A 466) ←</p>
465	<p>Dónde obtuvo consejo o tratamiento?</p> <p>En alguna otra parte?</p> <p>(MARQUE TODOS LOS SITIOS QUE MENCIONE)</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>_____ DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>_____ (CIUDAD O PUEBLO)</p> <p>_____ (DEPARTAMENTO)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO HOSPITAL..... A</p> <p>CENTRO/PUESTO DE SALUD..... B</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... C</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ D (ESPECIFIQUE)</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL.... E</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... F</p> <p>OTRAS: _____ G (ESPECIFIQUE)</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION..... H</p> <p>SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... I</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA... J</p> <p>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA.. K</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... L</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... M</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ N (ESPECIFIQUE)</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... O</p> <p>CURANDERO..... P</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO HOSPITAL..... A</p> <p>CENTRO/PUESTO DE SALUD..... B</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... C</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ D (ESPECIFIQUE)</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO SEGURO SOCIAL.... E</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... F</p> <p>OTRAS: _____ G (ESPECIFIQUE)</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION..... H</p> <p>SECTOR PRIVADO PROFAMILIA..... I</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA... J</p> <p>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA.. K</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... L</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... M</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ N (ESPECIFIQUE)</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... O</p> <p>CURANDERO..... P</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>
466		DEVUELVA A 444 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 467.	DEVUELVA A 444 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 467.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
467	Cuando un niño tiene diarrea se le deberían dar menos líquidos que usualmente, la misma cantidad, o más que lo usual?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MAS QUE LO USUAL..... 3 NO SABE..... 8	
468	Cuando un niño tiene diarrea se le debería dar menos comida que usualmente, la misma cantidad o más que lo usual?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MAS QUE LO USUAL..... 3 NO SABE..... 8	
469	Cuando un niño está enfermo con diarrea, qué síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?  (MARQUE TODO LO QUE MENCIONE)	DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS..... A CUALQUIER DEPOSICION ACUOSA..... B VOMITO REPETIDO..... C CUALQUIER VOMITO..... D SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... E FIEBRE..... F ANSIAS..... G NO COME/NO BEBE BIEN..... H SE SIENTE MAS ENFERMO/MUY ENFERMO... I SI NO HAY MEJORIA..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	
470	Cuando un niño está enfermo con tos, qué síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?  (MARQUE TODO LO QUE MENCIONE)	RESPIRACION AGITADA..... A DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B RESPIRACION RUIDOSA..... C FIEBRE..... D INCAPAZ DE BEBER..... E NO COME/NO BEBE BIEN..... F SE SIENTE MAS ENFERMO/MUY ENFERMO... G SI NO HAY MEJORIA..... H TOS PERSISTENTE O EXCESIVA..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
471	VERIFIQUE 461, TODAS LAS COLUMNAS:  NINGUN NIÑO RECIBIO SRO O 461 "NO APLICA" <input type="checkbox"/>  ALGUN NIÑO RECIBIO SRO <input type="checkbox"/>		→501
472	Ha oído Ud. de algún producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral (Pedialite) que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	SECCION 5. NUPCIALIDAD		PASE A PREG.																				
501	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10.....	1	2	MARIDO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2						
	SI	NO																					
NIÑOS MENORES DE 10.....	1	2																					
MARIDO.....	1	2																					
OTROS HOMBRES.....	1	2																					
OTRAS MUJERES.....	1	2																					
502	Actualmente Ud. está casada o vive en unión libre?	<table border="0"> <tr> <td>SI, ACTUALMENTE CASADA.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">→507</td> </tr> <tr> <td>SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO, NO EN UNION.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	→507	SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE.....	2	NO, NO EN UNION.....	3														
SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	→507																					
SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE.....	2																						
NO, NO EN UNION.....	3																						
503	Actualmente tiene un compañero permanente, ocasional o no tiene?	<table border="0"> <tr> <td>COMPAÑERO SEXUAL PERMANENTE.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	COMPAÑERO SEXUAL PERMANENTE.....	1	COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL.....	2	NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....	3															
COMPAÑERO SEXUAL PERMANENTE.....	1																						
COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL.....	2																						
NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....	3																						
504	Ud. ha estado casada o ha vivido en unión libre?	<table border="0"> <tr> <td>SI, ESTUVO CASADA.....</td> <td>1</td> <td>→506</td> </tr> <tr> <td>SI, VIVIO EN UNION LIBRE.....</td> <td>2</td> <td>→511</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table>	SI, ESTUVO CASADA.....	1	→506	SI, VIVIO EN UNION LIBRE.....	2	→511	NO.....	3													
SI, ESTUVO CASADA.....	1	→506																					
SI, VIVIO EN UNION LIBRE.....	2	→511																					
NO.....	3																						
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA ENERO DE 1990																						
505A	PASE A 515																						
506	Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	<table border="0"> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">→511</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	VIUDA.....	1	→511	SEPARADA.....	2	DIVORCIADA.....	3														
VIUDA.....	1	→511																					
SEPARADA.....	2																						
DIVORCIADA.....	3																						
507	Su esposo/compañero vive con Ud. ahora o permanece en otro sitio?	<table border="0"> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRO SITIO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRO SITIO.....	2																	
VIVE CON ELLA.....	1																						
VIVE EN OTRO SITIO.....	2																						
511	Ud. ha estado casada o en unión libre solo una vez, o más de una vez?	<table border="0"> <tr> <td>UNA VEZ.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MAS DE UNA VEZ.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	UNA VEZ.....	1	MAS DE UNA VEZ.....	2																	
UNA VEZ.....	1																						
MAS DE UNA VEZ.....	2																						
512	<p>VERIFIQUE 511:</p> <table border="0"> <tr> <td>CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></td> <td>CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</td> <td>En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</td> </tr> </table>	CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>	CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>	↓	↓	En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	<table border="0"> <tr> <td>MES.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td rowspan="3">→514</td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL MES.....</td> <td></td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>AÑO.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL AÑO.....</td> <td></td> <td>98</td> <td>→513</td> </tr> </table>	MES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→514	NO SABE EL MES.....		98	AÑO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NO SABE EL AÑO.....		98	→513	
CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>	CASADA/UNIDA CON UN HOMBRE MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>																						
↓	↓																						
En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?																						
MES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→514																				
NO SABE EL MES.....		98																					
AÑO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
NO SABE EL AÑO.....		98	→513																				
513	Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/>																					
514	<p>DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1990. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1990.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZO A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIACION DE CUALQUIER UNION SUBSECUENTE.</p> <p>PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES DEL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACION DE OTRAS UNIONES.</p>																						
515	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar.</p> <p>Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales (si es que las ha tenido)?</p>	<table border="0"> <tr> <td>NUNCA.....</td> <td>000</td> <td>→606</td> </tr> <tr> <td>HACE: DIAS.....</td> <td>1 <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEMANAS.....</td> <td>2 <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MESES.....</td> <td>3 <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AÑOS.....</td> <td>4 <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....</td> <td>996</td> <td></td> </tr> </table>	NUNCA.....	000	→606	HACE: DIAS.....	1 <input type="text"/>		SEMANAS.....	2 <input type="text"/>		MESES.....	3 <input type="text"/>		AÑOS.....	4 <input type="text"/>		ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....	996				
NUNCA.....	000	→606																					
HACE: DIAS.....	1 <input type="text"/>																						
SEMANAS.....	2 <input type="text"/>																						
MESES.....	3 <input type="text"/>																						
AÑOS.....	4 <input type="text"/>																						
ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....	996																						

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
516	<p>VERIFIQUE 301 Y 302:</p> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales, utilizó condón?</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una funda de caucho en su pene durante las relaciones. La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales utilizó condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
517	Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→519
518	<p>Cuál es ese lugar? (MARQUE EL LUGAR PRINCIPAL EN LA PRIMERA COLUMNA)</p> <p>Algún otro sitio? (MARQUE TODAS LAS OTRAS ALTERNATIVAS EN LA COLUMNA ALFABETICA)</p> <p>SI LA FUENTE PRINCIPAL ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. IDENTIFIQUE EL TIPO DE FUENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL CODIGO APROPIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p> <p>_____</p> <p>DIRECCION (Calle, Carrera, Avenida, Barrio, Vereda)</p> <p>_____</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO) (DEPARTAMENTO)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 11 A</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.. 12 B</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... 13 C</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 14 D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR GOBIERNO SOCIAL</p> <p>INSTITUTO SEGUROS SOCIALES.... 15 E</p> <p>CAJAS DE PREVISION..... 16 F</p> <p>OTRA GOBIERNO: _____ 17 G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>CAJAS DE COMPENSACION..... 21 H</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>PROFAMILIA..... 22 I</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 23 J</p> <p>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA.... 24 K</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 25 L</p> <p>CLINICA MOVIL..... 26 M</p> <p>PROMOTORA DE SALUD..... 27 N</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 28 O</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO: _____ 96 X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUN OTRO SITIO..... Y</p>	
519	Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	<p>EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO ME CASE..... 96</p>	

PREG.	SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD		PASE A PREG.
601	<b>VERIFIQUE 314:</b> NUNCA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> EL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		→ 612
602	<b>VERIFIQUE 227 Y 201</b> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?		TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1 NO MAS/NINGUNO..... 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 606 INDECISA/NO SABE..... 8 → 604
603	<b>VERIFIQUE 227:</b> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes del nacimiento de otro niño?		MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 994 → 606 DESPUES DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: (ESPECIFIQUE) 996 NO SABE..... 998
604	<b>VERIFIQUE 227:</b> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		→ 607
605	Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas, se sentiría bien, se sentiría mal, o no le preocuparía?		SE SENTIRIA BIEN..... 1 SE SENTIRIA MAL..... 2 NO LE PREOCUPARIA..... 3
606	<b>VERIFIQUE 313: ESTA USANDO METODO?</b> NO SE LE PREGUNTO <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		→ 612
607	Ud. cree que va a usar un método para demorar o evitar un embarazo dentro de los próximos 12 meses?		SI..... 1 → 609 NO..... 2 NO SABE..... 8
608	Ud. cree que va a usar un método en algún momento en el futuro?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 610
609	Qué método prefería usar?		PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCION..... 03 IMPLANTE O NORPLANT..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 612 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: (ESPECIFIQUE) 96 INSEGURA..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																																																																														
610	<p>Cuál es la principal razón por la que Ud. cree que no intentará usar un método en el futuro?</p> <p>_____</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>_____</p> <p>MARQUE LAS RAZONES PRINCIPAL Y SECUNDARIA EN COLUMNAS SEPARADAS</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>RAZON PRINCIPAL</th> <th>OTRA RAZON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO UNIDA.....</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</td> </tr> <tr> <td>SEXO POCO FRECUENTE.....</td> <td>22</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.....</td> <td>23</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>SUBFECUNDA/INFERTIL.....</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>DESEA MAS HIJOS.....</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td colspan="3">OPOSICION A USAR:</td> </tr> <tr> <td>ENTREVISTADA SE OPONE....</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>MARIDO SE OPONE.....</td> <td>32</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>OTROS SE OPONEN.....</td> <td>33</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>PROHIBICION RELIGIOSA....</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FALTA DE CONOCIMIENTO:</td> </tr> <tr> <td>NO CONOCE METODO.....</td> <td>41</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>NO CONOCE FUENTE.....</td> <td>42</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS DE SALUD.....</td> <td>51</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....</td> <td>52</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....</td> <td>53</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>CUESTA MUCHO.....</td> <td>54</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>INCONVENIENTE DE USAR.....</td> <td>55</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>INTERFIEREN CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO....</td> <td>56</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA OTRA RAZON.....</td> <td>95</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>98</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON	NO UNIDA.....	11	11	RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:			SEXO POCO FRECUENTE.....	22	22	MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.....	23	23	SUBFECUNDA/INFERTIL.....	24	24	DESEA MAS HIJOS.....	25	25	OPOSICION A USAR:			ENTREVISTADA SE OPONE....	31	31	MARIDO SE OPONE.....	32	32	OTROS SE OPONEN.....	33	33	PROHIBICION RELIGIOSA....	34	34	FALTA DE CONOCIMIENTO:			NO CONOCE METODO.....	41	41	NO CONOCE FUENTE.....	42	42	RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:			PROBLEMAS DE SALUD.....	51	51	MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....	52	52	FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....	53	53	CUESTA MUCHO.....	54	54	INCONVENIENTE DE USAR.....	55	55	INTERFIEREN CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO....	56	56	NINGUNA OTRA RAZON.....	95		OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96		OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)		96	NO SABE.....	98		
	RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON																																																																															
NO UNIDA.....	11	11																																																																															
RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:																																																																																	
SEXO POCO FRECUENTE.....	22	22																																																																															
MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.....	23	23																																																																															
SUBFECUNDA/INFERTIL.....	24	24																																																																															
DESEA MAS HIJOS.....	25	25																																																																															
OPOSICION A USAR:																																																																																	
ENTREVISTADA SE OPONE....	31	31																																																																															
MARIDO SE OPONE.....	32	32																																																																															
OTROS SE OPONEN.....	33	33																																																																															
PROHIBICION RELIGIOSA....	34	34																																																																															
FALTA DE CONOCIMIENTO:																																																																																	
NO CONOCE METODO.....	41	41																																																																															
NO CONOCE FUENTE.....	42	42																																																																															
RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:																																																																																	
PROBLEMAS DE SALUD.....	51	51																																																																															
MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....	52	52																																																																															
FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....	53	53																																																																															
CUESTA MUCHO.....	54	54																																																																															
INCONVENIENTE DE USAR.....	55	55																																																																															
INTERFIEREN CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO....	56	56																																																																															
NINGUNA OTRA RAZON.....	95																																																																																
OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)	96																																																																																
OTRA: _____ (ESPECIFIQUE)		96																																																																															
NO SABE.....	98																																																																																
610A	<p>VERIFIQUE 610:</p> <p>TIENE MARCADO CODIGO 11 <input type="checkbox"/></p> <p>NO ESTA MARCADO CODIGO 11 <input type="checkbox"/></p>		→612																																																																														
611	<p>Ud. usaría un método si estuviera casada/o en unión?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																																																																															
612	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓</p> <p>Si Ud. 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?</p> <p>Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE</p>	<p>NUMERO..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA: _____ (ESPECIFIQUE) 96</p>	→614																																																																														
613	<p>Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?</p>	<p>NIÑAS NIÑOS CUALQUIERA</p> <p>NUMERO.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 999996</p>																																																																															
614	<p>En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?</p>	<p>APRUEBA..... 1</p> <p>DESAPRUEBA..... 2</p> <p>NO OPINA..... 3</p>																																																																															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.																								
615	Ud. está de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar: en la radio? en la televisión? en periódicos o revistas? en afiches? En volantes o panfletos?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERIODICOS/REVISTAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AFICHES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOLANTE/PANFLETO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	RADIO.....	1	2	8	TELEVISION.....	1	2	8	PERIODICOS/REVISTAS.....	1	2	8	AFICHES.....	1	2	8	VOLANTE/PANFLETO.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																								
RADIO.....	1	2	8																								
TELEVISION.....	1	2	8																								
PERIODICOS/REVISTAS.....	1	2	8																								
AFICHES.....	1	2	8																								
VOLANTE/PANFLETO.....	1	2	8																								
616	Ha oído o leído, en los últimos 12 meses, algún mensaje sobre planificación familiar: en la radio? en la televisión? en el periódico o revista? en un afiche? en un volante o panfleto?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERIODICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFICHE/POSTER....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOLANTE/PANFLETO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	PERIODICO.....	1	2	AFICHE/POSTER....	1	2	VOLANTE/PANFLETO.....	1	2							
	SI	NO																									
RADIO.....	1	2																									
TELEVISION.....	1	2																									
PERIODICO.....	1	2																									
AFICHE/POSTER....	1	2																									
VOLANTE/PANFLETO.....	1	2																									
618	En los últimos 12 meses Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	→620																								
619	Con quién ha comentado? Con alguien más?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G AMIGAS..... H OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)																									
620	VERIFIQUE: 502  SI, CASADA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI, EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		→701																								
621	Los esposos/compañeros no siempre están de acuerdo sobre algo. Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/compañero sobre planificación familiar. Ud. piensa que su esposo/compañero aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8																									
622	Con qué frecuencia Ud. y su esposo/compañero hablaron acerca de la planificación familiar el año pasado?	NUNCA HAN HABLADO..... 1 UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3																									
623	Ud. piensa que su esposo/compañero desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8																									

PREG.	SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER	PASE A PREG.
701	VERIFIQUE 502 Y 504  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             ACTUALMENTE CASADA/O EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             ANTERIORMENTE CASADA/O EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="text-align: right;">→703</div> <div style="text-align: right;">→709</div>
702	Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
703	Su esposo/compañero alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 →706
704	Cuál fué el último año de estudios que aprobó?	NINGUNO..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMARIA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SUPERIOR..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
706	Cuál es (era) la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) él principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
707	VERIFIQUE 706:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             NO TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="text-align: right;">→709</div>
708	Su esposo/compañero trabaja (trabajó) principalmente en su propia tierra, tierra de la familia, en tierra alquilada o en tierra de otros?	PROPIA TIERRA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4
709	Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?	SI..... 1 →712 NO..... 2
710	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 →712 NO..... 2
711	Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 →726
712	Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace Ud. principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
713	VERIFIQUE 712:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="text-align: right;">→715</div>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
714	Ud. trabaja principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, o trabaja en tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4	
715	Ud. hace este trabajo para alguien de su familia, para alguien más, o trabaja por cuenta propia?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA ALGUIEN MAS..... 2 CUENTA PROPIA..... 3 MADRE COMUNITARIA..... 4	
716	Usualmente Ud. trabaja durante todo el año, o trabaja estacionalmente, o solo de vez en cuando?	A TRAVES DE TODO EL AÑO..... 1 ESTACIONALMENTE/POR EPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 PRIMERA VEZ QUE TRABAJA..... 4	→718 →719
717	Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES..... <input type="text"/>	
718	(En los meses en que Ud. trabajó). Cuántos días a la semana usualmente trabaja(ó)?	NUMERO DE DIAS... <input type="text"/>	→720
719	Durante los últimos 12 meses, aproximadamente cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS..... <input type="text"/>	
720	Ud. recibe dinero o gana plata por su trabajo? INDAGUE: A Ud. le pagan por su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	→723
721	Usualmente cuánto dinero gana por su trabajo? INDAGUE: Es ésto por el día, por la semana, o por el mes?	POR DIA..... 1 <input type="text"/> POR SEMANA... 2 <input type="text"/> POR QUINCENA. 3 <input type="text"/> POR MES..... 4 <input type="text"/> POR AÑO..... 5 <input type="text"/> NO SABE..... 99999998	
722	VERIFIQUE 502: SI ACTUALMENTE EN UNION (CASADA/UNIDA) <input type="checkbox"/> NO, NO EN UNION <input type="checkbox"/> Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que Ud. gana: Ud., su esposo/compañero, Ud. y su esposo/compañero conjuntamente, o alguien más? Quién decide principalmente cómo se usará el dinero que Ud. gana: Ud., alguien más, Ud. y alguien más conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MAS DECIDE..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MAS..... 5	
723	Ud. usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
724	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGUN HIJO DE CINCO AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		→726

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
725	<p>Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?</p>	<p>ENTREVISTADA..... 01</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 02</p> <p>LA NIÑA MAYOR..... 03</p> <p>EL NIÑO MAYOR..... 04</p> <p>OTROS PARIENTES..... 05</p> <p>VECINOS..... 06</p> <p>AMIGOS..... 07</p> <p>EMPLEADA DOMESTICA..... 08</p> <p>NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09</p> <p>CUIDADO ICBF..... 10</p> <p>CUIDADO OTRA INSTITUCION..... 11</p> <p>NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
726	<p>Ud. ha vivido solamente en una localidad o en más de una localidad desde enero de 1990?</p>	<p>UNA LOCALIDAD..... 1</p> <p>MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2</p>	→728
727	<p>EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CIUDAD, "2" PARA PUEBLO Y "3" PARA CAMPO). EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1990.</p>		
727A	<p>PASE A _____ →801</p>		
728	<p>En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?</p> <p>EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL MOVIMIENTO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS MOVIMIENTOS Y TIPOS DE LOCALIDADES.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dónde vivió Ud. antes de ...?</li> <li>• En que mes y año llegó allí?</li> <li>• Está ese lugar en una ciudad, pueblo o en el campo?</li> </ul>		

PREG.	SECCION 8. SIDA	PASE A PREG.
801	Ha oído Ud. hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 901
802	De cuáles fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? Alguna otra fuente?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS..... D TRABAJADORES DE LA SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
803	Hay algo que una persona pueda hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 807
804	Qué puede hacer una persona? Alguna otra cosa?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	SEXO SEGURO..... A NO TENER PENETRACION..... B ABSTENERSE DEL SEXO..... C USAR CONDONES DURANTE EL SEXO..... D TENER UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... E EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS.... F EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES... G EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... H EVITAR INYECCIONES..... I EVITAR LOS BESOS..... J EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO..... K BUSCAR PROTECCION DE CURANDERO TRADICIONAL..... L OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
805	VERIFIQUE 804: MENCIONO SEXO SEGURO <input type="checkbox"/> NO MENCIONO SEXO SEGURO <input type="checkbox"/> → 807	
806	Qué significa para Ud. "sexo seguro"?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TENER PENETRACION..... B ABSTENERSE DEL SEXO..... C USAR CONDONES DURANTE EL SEXO..... D TENER UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... E EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS.... F EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES... G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
807	Es posible para una persona que parece saludable tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	Ud. cree que toda la gente que tiene SIDA muere por causa de esta enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	Piensa Ud. que sus probabilidades de adquirir el SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ningún riesgo?	PEQUEÑAS..... 1 MODERADAS..... 2 GRANDES..... 3 NINGUNA..... 4 TIENE SIDA..... 5	
810	<p>VERIFIQUE 515:</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		→811A
811	Desde que Ud. empezó a oír hablar del SIDA ha cambiado su conducta sexual para prevenir el contagio del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→812 →901
811A	El haber oído hablar del SIDA ha afectado su decisión sobre tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→901
812	<p>Qué ha hecho?</p> <p>Algo más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DEL COMPAÑERO..... A</p> <p>NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... B</p> <p>DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES .. C</p> <p>EMPEZO A USAR CONDONES..... D</p> <p>RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... E</p> <p>REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... F</p> <p>NO VA A TENER RELACIONES SEXUALES... G</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	

PREG.	SECCION 9. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		PASE A PREG.
901	La violencia familiar o maltrato a niños, mujeres u hombres es un delito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
902	Ud. considera que, para que haya violencia, el maltrato debe ser únicamente físico?	SI..... 1 NO ÚNICAMENTE..... 2 NO SABE..... 8	→904 →904
903	Qué otras formas de maltrato considera que son violencia?  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	FISICO..... A VERBAL..... B PSICOLOGICO..... C SEXUAL..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
904	VERIFIQUE 502:  ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA UNIDA <input type="checkbox"/> →911		
905	Sabe Ud. qué hacer o a dónde acudir en el caso de que Ud. o sus hijos sean maltratados por su cónyuge?  MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE	COMISARIAS DE FAMILIA..... A INSPECCION DE POLICIA..... B BIENESTAR FAMILIAR..... C JUZGADO..... D ALCALDIA..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
906	Alguna vez su esposo/compañero la ha insultado (ultrajado)? Cuál ha sido la principal razón?	SI, POR INCUMPLIMIENTO DEBERES EN EL HOGAR..... 01 SI, POR LA CRIANZA DE LOS HIJOS..... 02 SI, POR CELOS..... 03 SI, POR INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 SI, POR INFIDELIDAD DE EL..... 05 SI, POR MAL GENIO DE ELLA..... 06 SI, POR MAL GENIO DE EL..... 07 SI, POR MI FAMILIA..... 08 SI, POR AMIGUERA..... 09 SI, OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NUNCA..... 95 NO RESPONDE..... 97	
907	Alguna vez su esposo/compañero la ha golpeado a Ud.? Cuál ha sido la principal razón?	SI, POR CELOS..... 01 SI, CUANDO LE RECLAMA SU INFIDELIDAD..... 02 SI, CUANDO LLEGA BORRACHO..... 03 SI, POR DEFENDER A LOS HIJOS..... 04 SI, OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NUNCA..... 95 NO RESPONDE..... 97	→911
908	Qué tipo de castigo físico ha recibido de su esposo (o compañero)?  MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE	CACHETADAS/PUÑETAZOS..... A EMPUJONES..... B PATADAS/PUNTAPIES..... C CORREAZOS/GOLPES CON LAZO..... D ARANAZOS..... E CORTADURAS..... F PALAZOS/VARILLAZOS..... G HALARLE EL CABELLO/ GOLPES EN LA CABEZA..... H PEINILLAZOS/PLANAZOS CON MACHETE..... I NAVAJAZOS/FRACTURAS..... J QUEMADURAS..... K OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... Y	
909	Ha acudido Ud. ante la autoridad para quejarse del maltrato de su esposo/compañero? A cuál?	NUNCA..... 01 COMISARIAS DE FAMILIA..... 02 INSPECCION DE POLICIA..... 03 BIENESTAR FAMILIAR..... 04 JUZGADO..... 05 ALCALDIA..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 97	→911



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
919	<p>Por quién?</p> <p>MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... A</p> <p>PADRE..... B</p> <p>HERMANO..... C</p> <p>PADRASTRO..... D</p> <p>OTROS PARIENTES ..... E</p> <p>AMIGOS/VECINOS..... F</p> <p>PATRONOS..... G</p> <p>COMPAÑEROS DE TRABAJO..... H</p> <p>DESCONOCIDOS..... I</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
920	Qué edad tenía cuando esto sucedió la primera vez?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
921	En qué circunstancias sucedió?	<p>BORRACHERA DE EL..... A</p> <p>PORQUE EL SE CONSIDERA DUEÑO..... B</p> <p>PARA MOSTRAR QUE ES EL JEFE..... C</p> <p>APROVECHO QUE ESTABA SOLA..... D</p> <p>ESTABA EN LA CALLE..... E</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
922	Cree que Ud. propició el abuso?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
923	Cree que Ud. hubiera podido hacer algo para evitarlo?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
924	Cree que alguien hubiera podido evitarlo y no lo hizo?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
925	HORA DE TERMINACION:	<p>HORA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

PREG.		SECCION 10. PESO Y TALLA			
1001	VERIFIQUE 215: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO 1990 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1990 <input type="checkbox"/> → TERMINE				
ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1990 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 ANOTE EL NOMBRE DE CADA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1990 (SI LOS TIENE) Y EN 1004 LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS. EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS CON UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990 DEBEN SER PESADAS Y MEDIDAS AUN SI TODOS LOS NIÑOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1990 USE FORMULARIOS ADICIONALES).					
		1 ENTREVISTADA	2 NIÑO VIVO MAS JOVEN (MENOR)	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	No. DE ORDEN DE P212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215 Y PREGUNTE POR EL DIA DEL NACIMIENTO	<input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
1005	VACUNA BCG CON MARCA EN BRAZO IZQUIERDO O EN EL HOMBRO	<input type="text"/>	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2
1006	TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	SOLO PARA LA MAMA PERIMETRO DEL BRAZO (Cms.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1008	SE LE TOMO LA TALLA (TAMANO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?	<input type="text"/>	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
1009	PESO (en Kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1010	FECHA DE PESO Y TALLA	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
1011	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRA: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6
1012	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: <input type="text"/>		NOMBRE DE LA ASISTENTE: <input type="text"/>		

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

Comentarios acerca de la entrevista:

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas:

---

---

---

Algún otro comentario:

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

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

Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR**

---

---

---

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

Fecha: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SOLO  
DEBE APARECER UN CODIGO. LAS COLUMNAS  
1, 3 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

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 IMPLANTES O NORPLANT  
5 VAGINALES  
6 CONDON  
7 ESTERILIZACION FEMENINA  
8 ESTERILIZACION MASCULINA  
9 ABSTINENCIA PERIODICA  
A RETIRO  
X OTRO: \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Descontinuidad 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 USQ INCONVENIENTE  
9 SEXO POCO FRECUENTE / MARIDO AUSENTE  
C COSTO  
F FATALISTA  
A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA / MENOPAUSIA  
D DISOLUCION MARITAL / SEPARACION  
X OTRO: \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio / Unión

X EN UNION (CASADA O EN UNION LIBRE)  
O NO EN UNION

COL. 4: Movimientos y Tipos de Localidades

X CAMBIO DE COMUNIDAD  
1 CIUDAD  
2 PUEBLO  
3 CAMPO

1				1	2	3	4				
	07	JUL	06					06	JUL		
	06	JUN	07					07	JUN		
1	05	MAY	08					08	MAY	1	
9	04	ABR	09					09	ABR	9	
9	03	MAR	10					10	MAR	9	
5	02	FEB	11					11	FEB	5	
	01	ENE	12					12	ENE		

	12	DIC	13					13	DIC		
	11	NOV	14					14	NOV		
	10	OCT	15					15	OCT		
	09	SEP	16					16	SEP		
1	08	AGO	17					17	AGO	1	
9	07	JUL	18					18	JUL	9	
9	06	JUN	19					19	JUN	9	
4	05	MAY	20					20	MAY	4	
	04	ABR	21					21	ABR		
	03	MAR	22					22	MAR		
	02	FEB	23					23	FEB		
	01	ENE	24					24	ENE		

	12	DIC	25					25	DIC		
	11	NOV	26					26	NOV		
	10	OCT	27					27	OCT		
	09	SEP	28					28	SEP		
1	08	AGO	29					29	AGO	1	
9	07	JUL	30					30	JUL	9	
9	06	JUN	31					31	JUN	9	
3	05	MAY	32					32	MAY	3	
	04	ABR	33					33	ABR		
	03	MAR	34					34	MAR		
	02	FEB	35					35	FEB		
	01	ENE	36					36	ENE		

	12	DIC	37					37	DIC		
	11	NOV	38					38	NOV		
	10	OCT	39					39	OCT		
	09	SEP	40					40	SEP		
1	08	AGO	41					41	AGO	1	
9	07	JUL	42					42	JUL	9	
9	06	JUN	43					43	JUN	9	
2	05	MAY	44					44	MAY	2	
	04	ABR	45					45	ABR		
	03	MAR	46					46	MAR		
	02	FEB	47					47	FEB		
	01	ENE	48					48	ENE		

	12	DIC	49					49	DIC		
	11	NOV	50					50	NOV		
	10	OCT	51					51	OCT		
	09	SEP	52					52	SEP		
1	08	AGO	53					53	AGO	1	
9	07	JUL	54					54	JUL	9	
9	06	JUN	55					55	JUN	9	
1	05	MAY	56					56	MAY	1	
	04	ABR	57					57	ABR		
	03	MAR	58					58	MAR		
	02	FEB	59					59	FEB		
	01	ENE	60					60	ENE		

	12	DIC	61					61	DIC		
	11	NOV	62					62	NOV		
	10	OCT	63					63	OCT		
	09	SEP	64					64	SEP		
1	08	AGO	65					65	AGO	1	
9	07	JUL	66					66	JUL	9	
9	06	JUN	67					67	JUN	9	
0	05	MAY	68					68	MAY	0	
	04	ABR	69					69	ABR		
	03	MAR	70					70	MAR		
	02	FEB	71					71	FEB		
	01	ENE	72					72	ENE		

1 PASE A ESTA SECCION LA SIGUIENTE INFORMACION DEL CUESTIONARIO DE HOGARES: IDENTIFICACION DEL HOGAR Y, PARA CADA NIÑO NO INCLUIDO EN UN CUESTIONARIO INDIVIDUAL, SU NUMERO DE ORDEN, SU NOMBRE, Y PREGUNTE LUEGO POR FECHA DE NACIMIENTO. PROCEDA A TOMAR LA TALLA Y EL PESO DE CADA NIÑO. INCLUYA ESTA HOJA ADICIONAL DENTRO DEL CUESTIONARIO DE HOGARES.

# IDENTIFICACION

1. SEGMENTO No.

2. VIVIENDA No.

3. HOGAR No.

DIRECCION: \_\_\_\_\_

4. DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

5. MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

6. AREA: URBANA 1 RURAL 2

7. AREA DE MUESTREO

2	No. DE ORDEN (P1 DE CUEST. DE HOGAR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	NOMBRE (P2 DE CUEST. DE HOGAR)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
4	PREGUNTE POR FECHA DE NACIMIENTO	DIA..... <input type="text"/> NO SABE EL DIA... 98 MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO... 98	DIA..... <input type="text"/> NO SABE EL DIA... 98 MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO... 98	DIA..... <input type="text"/> NO SABE EL DIA... 98 MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO... 98	DIA..... <input type="text"/> NO SABE EL DIA... 98 MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO... 98
5	VACUNA BCG CON MARCA EN BRAZO IZQUIERDO O EN EL HOMBRO	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2	SE VIO MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA... 2
6	TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	SE LE TOMO LA TALLA (TAMANO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
8	PESO (en Kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	FECHA DE PESO Y TALLA	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
10	RESULTADO	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: (ESPECIFIQUE) 6
11	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: _____	<input type="text"/>	NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____		<input type="text"/>