

PREG.	SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA		PASE A PREG.
101	ANOTE LA HORA DE INICIACIÓN	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Por cuánto tiempo ha estado Ud. viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95	
103	En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	107
106	Cuál fue el último año de estudios que Ud. 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"/> UNIVERSIDAD..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	108
107	Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FACILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 IMPOSIBLE..... 3	
108	VERIFIQUE 104: MENORES DE 25 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>		201
109	Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	201
110	Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ..... 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUO/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO PASÓ EXÁMENES DE ENTRADA..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS/NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN		PASE A PREG.
201	<p>Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los partos que usted ha tenido durante su vida. Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?</p>	SI..... 1 NO..... 2 →	206
202	<p>Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?</p>	SI..... 1 NO..... 2 →	204
203	<p>Cuántas hijas viven con usted? Cuántos hijos viven con usted? SI NINGUNO ANOTE "00"</p>	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/>	
204	<p>Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?</p>	SI..... 1 NO..... 2 →	206
205	<p>Cuántas hijas no están viviendo con Ud.? Cuántos hijos no están viviendo con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"</p>	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/>	
206	<p>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?</p>	SI..... 1 NO..... 2 →	208
207	<p>Cuántas hijas han muerto? Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"</p>	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/>	
208	<p>SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NINGUNO ANOTE "00"</p>	TOTAL..... <input type="text"/>	
209	<p>VERIFIQUE 208:</p> <p>Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:</p> <p>Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> nacidos vivos durante toda su vida.</p> <p>Está correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO</p>		
210	<p>VERIFIQUE 208:</p> <p>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226</p>		

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

212	213	214	215	216	217 SI ESTA VIVO:	218 SI ESTA VIVO:	219 SI ESTA VIVO:	220 SI ESTA MUERTO:	221
Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MÚLTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?	Está (NOMBRE) aún vivo?	Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (VAYA AL PRÓXIMO)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
03 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
04 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
05 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
06 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
07 (NOMBRE)	SIMPLE.....1 MULT.....2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2

212	213	214	215	216	217 SI ESTA VIVO:	218 SI ESTA VIVO:	219 SI ESTA VIVO:	220 SI ESTA MUERTO:	221
Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MÚLTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?	Está (NOMBRE) aún vivo?	Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y NOMBRE)?
08 (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
09 (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE.... 1 MULT..... 2	H.... 1 M.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN (PASE A 221)	DIAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2

222

Ha tenido usted algún nacido vivo desde el nacimiento de |
(NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?

(SI LA RESPUESTA ES POSITIVA INCLUYALO EN EL LISTADO Y HAGA LAS PREGUNTAS RESPECTIVAS)

SI..... 1
NO..... 2

223

COMPARE 208 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE:

NÚMEROS IGUALES

NÚMEROS DIFERENTES

PRUEBE Y RECONCILIE

VERIFIQUE:

PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)

PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)

PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTÓ LA EDAD A LA MUERTE (P.220)

PARA EDADES A LA MUERTE 12 MESES O 1 AÑO: SE PROBÓ PARA DETERMINAR EDAD EXACTA DE MESES

224

VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995.

SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226

225

POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1995 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES (EL NÚMERO DE MESES DE "E" DEBE SER UNO MENOS QUE EL NÚMERO DE MESES EN QUE EL EMBARAZO TERMINÓ). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
226	Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	232
227	Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NUMERO COMPLETO DE MESES)	MESES.....	
227A	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		
228	Quando usted quedó embarazada, usted quería quedar embarazada EN ESE MOMENTO, quería esperar hasta MAS ADELANTE, o NO QUERÍA tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	
229	Se ha hecho control del embarazo? SI, SI, en dónde? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. TRATE DE IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE Y HAGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 ICBF - FAMI..... 08 EN CASA CON PROMOTOR DE SALUD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NINGÚN CONTROL PRENATAL..... 95	230
229A	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	
229B	En su último control, le tocó pagar todo el servicio?	SI..... 1 NO..... 2	230
229C	El pago fue parcial o no pago nada?	PAGO PARCIAL..... 1 NO PAGO NADA..... 2	
230	Durante este embarazo, ha estado hospitalizada? Si, SI, Cuánto tiempo?	No. DÍAS..... MENOS DE 1 DÍA..... 000 NO..... 995	232
231	Por qué estuvo hospitalizada? Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F OTRO: _____ X	
232	Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	241
233	En qué mes y año ocurrió la última terminación?	MES..... AÑO.....	
234	VERIFIQUE 233: ÚLTIMA PERDIDA TERMINÓ EN ENERO DE 1995 O MÁS TARDE <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA PERDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DE 1995 <input type="checkbox"/>	240

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.								
235	Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando tuvo el último de esos embarazos?	MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
235A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA I DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN										
236	Recibió atención por parte de personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	238								
237	En qué lugar la atendieron? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. TRATE DE IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE Y HAGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO APROPIADO _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 CLÍNICA MÓVIL..... 06 EN CASA CON PROMOTOR DE SALUD..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)									
238	Ha tenido usted otros embarazos que no terminaron en un nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	241								
239	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO, POSTERIOR A ENERO DE 1995. PONGA "T" EN LA COLUMNA I DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TUVO LA PÉRDIDA Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.										
240	DILIGENCIE LAS CASILLAS QUE APARECEN AL FINAL DEL CALENDARIO EN LA MARGEN IZQUIERDA CON EL MES Y EL AÑO DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO NO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1995										
241	Cuándo tuvo su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA	HACE: DÍAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> HISTERECTOMIZADA/MENO- PAUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996									
242	Cree Ud. que hay ciertos días entre una menstruación y otra, en que una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	301								
243	Los días de mayor posibilidad de quedar embarazada son justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine o a la mitad entre una menstruación y otra?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 02 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 03 ENTRE UNA MENSTRUACIÓN Y OTRA... 04 EN CUALQUIER MOMENTO..... 05 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98									

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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

ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.

PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN Y PREGUNTE 301. ENCIERRE EL CÓDIGO 2 SI EL MÉTODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE CÓDIGO 3 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO. LUEGO PREGUNTE 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

301 Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?		Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?		302 Ha usado alguna vez el (la) (MÉTODO)?
		SI ESPONTÁNEO	SI RECONOCIDO NO	
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	1	2 3 →	Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA o desconexión del hombre).	1	2 3 →	Su esposo (compañero) se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" de cobre).	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden mandarse colocar por un doctor o enfermera, seis cápsulas en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2 3 →	Su esposo/compañero ha usado alguna vez condón? SI..... 1 NO..... 2
08	ESPUMA, JALEA, OVULOS (METODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
09	MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	1	2 3 →	
10	ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS 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
11	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
12	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	1	2 3 →	SI..... 1 NO..... 2
13	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	3 → (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2

303	VERIFIQUE 302: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/> → PASE A 307
-----	---

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
314	Ud. se ha arrepentido de haber sido operada (que su esposo haya sido operado) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	315
314A	Por qué está arrepentida de haber sido operada (que su esposo haya sido operado)?	DESEA OTRO HIJO..... 1 COMPANERO DESEA OTRO HIJO..... 2 EFECTOS COLATERALES..... 3 NINO MURIO..... 4 OTRA RAZON: 6 (ESPECIFIQUE)	
315	En qué mes y año la(lo) operaron?	MES..... [][] ANO..... [][][][]	
315A	VERIFIQUE 315: EMPEZO A USAR EN 1995 O DESPUES <input type="checkbox"/> EMPEZO A USAR ANTES DE 1995 <input type="checkbox"/>		318
315B	Cuando Ud. (o su esposo) se mandó esterilizar, le tocó pagar todo el servicio?	SI..... 1 NO..... 2	318
315C	El pago fue parcial o no pagó nada?	PAGO PARCIAL 1 NO PAGO NADA..... 2	318
316	En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	MES..... [][] ANO..... [][][][]	
317	VERIFIQUE 311: 311=C, G, H USUARIAS DE PILDORA, VAGINALES O CONDON <input type="checkbox"/> 311=J USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIODICA <input type="checkbox"/> USUARIAS DE DIU, INYECCION, NORPLANT, LACTANCIA, RETIRO <input type="checkbox"/> 311=D, E, F, I, K, X		317B 318
317A	Cuál es la marca de (PILDORA/VAGINALES/CONDON) que está usando? (MUESTRE ALBUM DE METODOS ANTICONCEPTIVOS)	a. PILDORA: [][][][] b. VAGINALES: [][][][] c. CONDON: [][][][]	318
317B	Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales para no quedar en embarazo?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 1 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 2 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 3 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 4 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
318	VERIFIQUE 315 Y 316: ANTES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> DESPUES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1995 ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO		
318A	VERIFIQUE CASILLAS EN 318: ANTES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> DESPUES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> PASE A 320 CONTINUE CON 319		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
319	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1995. USE LOS NOMBRES DE LO(A)S HIJO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA.</p> <p>* PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? Qué método fue ese? - Cuándo empezó Ud. a usar ese método? Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? - Por cuánto tiempo usó el método entonces? <p>EN LA COLUMNA 2, ANOTE LOS CÓDIGOS PARA DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO EN COLUMNA 1. EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1.</p> <p>PREGUNTE LA RAZÓN PARA DEJAR DE USAR EL MÉTODO. SI QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI INTENCIONALMENTE DEJÓ DE USAR EL MÉTODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>* PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por qué dejó Ud. de usar el método? - Usted quedó embarazada mientras usaba (MÉTODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones? <p>SI DELIBERADAMENTE DEJÓ DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)?", ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.</p>		
320	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	<p>NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 3276</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 330</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07 → 326</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES) 08 → 325</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 → 328</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
321	<p>VERIFIQUE 315 Y 316:</p> <p>EMPEZÓ A USAR EN 1995 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> EMPEZÓ A USAR ANTES DE 1995 <input type="checkbox"/> → 326</p> <p>FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>		
322	<p>Ud. empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA); en ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o complicaciones que Ud. podría tener con el método?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 325</p>	
323	<p>A Ud. le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
325	<p>En el momento de empezar a usar el método, le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																
326	VERIFIQUE 320: PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES) 08	327E																																																
327	Dónde obtuvo usted (MÉTODO), la última vez? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. TRATE DE IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE Y HAGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO APROPIADO. _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... 04 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 08 EN CASA POR PROMOTOR DE SALUD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98																																																	
327A	VERIFIQUE 326: 326=04, 06 USUARIA DE DIU O NORPLANT <input type="checkbox"/>	CONDÓN <input type="checkbox"/> OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/>	330 327D																																																
327B	Ud. ha ido a consulta de control del DIU/NORPLANT?	SI..... 1 NO..... 2	327D																																																
327C	Cuántos controles se ha hecho desde Enero de 1999 hasta la fecha?	NÚMERO..... <input type="text"/>																																																	
327D	PREGUNTE: Dónde le prescribieron el método la última vez? y CODIFIQUE EN LAS CASILLAS, DE ACUERDO CON LOS CÓDIGOS DE 327 327= 07, 08, 09, 96, 98 327= 01, 02, 03, 04, 05, 06	<input type="text"/> <input type="text"/>	330																																																
327E	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el (MÉTODO) la última vez. En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", cómo le pareció: a. El horario de atención? b. La orientación sobre métodos de planificación familiar? c. La información recibida sobre el método prescrito? d. La comodidad de la sala de espera? e. La limpieza de la sala de espera? f. El tiempo de espera? g. El trato del personal administrativo? h. El trato del personal de enfermería? i. El trato del médico(a)? j. Las explicaciones del médico? k. El grado de privacidad en la atención?	<table border="0"> <thead> <tr> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	BUENO	REGULAR	MALO	NS	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	
BUENO	REGULAR	MALO	NS																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
1	2	3	8																																																
327F	PASE A		330																																																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
327G	<p>Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p>	<p><u>NO EN UNIÓN</u>..... 11</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</u></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... 21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSIA..... 23</p> <p>HISTERECTOMÍA..... 24</p> <p>INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25</p> <p>POSPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MÁS HIJOS..... 27</p> <p>EMBARAZADA..... 28</p> <p><u>OPOSICIÓN A USAR</u></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><u>FALTA DE CONOCIMIENTO</u></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42 → 330</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</u></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 53</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54</p> <p><u>RAZONES DE ACCESO/COSTO</u></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61</p> <p>MUY COSTOSO..... 62</p> <p>OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
328	<p>Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 330</p>	
329	<p>Cuál es ese lugar?</p> <p>Algún otro sitio?</p> <p>MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. TRATE DE IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE Y HAGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p>HOSPITAL DEL GOBIERNO..... A</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... B</p> <p>CENTRO DE ATENCION DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... C</p> <p>CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..... D</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..... E</p> <p>PROFAMILIA..... F</p> <p>CLÍNICA MOVIL..... G</p> <p>DROGUERIA/FARMACIA/BOTICA..... H</p> <p>EN CASA POR PROMOTOR DE SALUD..... I</p> <p>OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
330	<p>En los últimos 12 meses la ha visitado un trabajador de salud para planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
331	<p>En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 333</p>	
332	<p>En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
333	VERIFIQUE 311: USUARIAS DE "MELA" <input type="checkbox"/> OTRAS USUARIAS <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA <p style="text-align: center;">311=I</p>	→ 401	401
334	VERIFIQUE 201, 208, 226 Y 232 ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 401	401
335	Ud. alguna vez ha confiado en la lactancia después de un parto, para evitar quedar de nuevo embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	401
336	VERIFIQUE 215 UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE JULIO 1999 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIMIENTO DESDE JULIO 1999 <input type="checkbox"/> → 401	401
337	VERIFIQUE 311 USUARIA DE ABSTINENCIA, RETIRO U "OTROS" <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">311=J, K, X</p>	OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/> → 401	401
338	Está usted actualmente confiando en la lactancia para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	401

401 VERIFIQUE 224:

UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995

NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1995 → PASE A 485

402 ANOTE EN LA TABLA EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1995. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MÁS 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	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <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 QUERÍA tener más hijos?	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407) ← MÁS TARDE..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MAS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 422) ← MÁS TARDE..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MAS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 422) ←
406	Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? SI SI, Con quién se chequeó? Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL..... Y (PASE A 415) ←	
407A	Dónde tuvo lugar la atención prenatal? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.. 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 ICBF..... 08 EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
408	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
409	Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?	VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	

	NUMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NUMERO DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
410	VERIFIQUE 409: NUMERO DE VECES QUE RECIBIO CONTROL	UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 411A)	MAS DE UNA VEZ O NS <input type="text"/>		
411	Cuántos meses de embarazo tenia la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/>			
		NO SABE..... 98			
411A	En su (último) control, le tocó pagar todo el servicio?	SI..... 1			
		(PASE A 412) ←			
		NO..... 2			
411B	El pago fue parcial o no pagó nada?	PAGO PARCIAL..... 1			
		NO PAGÓ NADA..... 2			
412	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente:		SI NO		
	a. La pesaron?	PESO..... 1	2		
	b. Le midieron la altura uterina ?	ALTURA UTERINA..... 1	2		
	c. Le tomaron la presión arterial?	PRESIÓN ARTERIAL..... 1	2		
	d. Le pidieron una muestra de orina?	MUESTRA DE ORINA..... 1	2		
	e. Le tomaron una muestra de sangre?	MUESTRA DE SANGRE..... 1	2		
413	Le explicaron acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		NO SABE..... 8			
		(PASE A 415) ←			
414	Le dijeron a dónde ir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		NO SABE..... 8			
415	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		NO SABE..... 8			
		(PASE A 416) ←			
415A	Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/>			
		NO SABE..... 8			
416	Durante este embarazo, tomó hierro?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		NO SABE..... 8			
		(PASE A 417) ←			
416A	Durante todo el embarazo, por cuántas días tomó hierro?	NÚMERO DE DIAS..... <input type="text"/>			
		NO SABE..... 998			
417	Durante este embarazo: Tuvo dificultad con su visión durante el día?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		NO SABE..... 8			
418	Durante este embarazo, usted consumió bebidas alcohólicas?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		(PASE A 418B) ←			
418A	Cuántas tragas se tomaba a la semana?	No. DE TRAGOS..... <input type="text"/>			
418B	Durante este embarazo, usted fumó?	SI..... 1			
		NO..... 2			
		(PASE A 418D) ←			
418C	Cuántos cigarrillos se fumaba al día?	No. DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/>			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____
418D	Durante este embarazo, Ud. consumió sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis, etc.?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	(PASE A 419) ←		
418E	Qué sustancias consumió? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MARIHUANA..... A BAZUCO..... B COCAINA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)			
418F	Con qué frecuencia consumió alguna de esas sustancias psicoactivas o alucinógenas?	DIARIO..... 1 SEMANTAL..... 2 QUINCENAL..... 3 MENSUAL..... 4 DE VEZ EN CUANDO..... 5 OTRA _____ 6 NO RESPONDE..... 8			
419	Durante este embarazo, tomó alguna droga contra el paludismo o la malaria?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	(PASE A 420) ←		
419A	Qué droga fue esa? Alguna otra droga? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z			
420	Durante el embarazo de (NOMBRE), estuvo hospitalizada? Si, SI, Cuánto tiempo?	MENOS DE 1 DÍA..... 000 No. DÍAS..... <input type="text"/> NO..... 995	(PASE A 421) ←		
420A	Por qué estuvo hospitalizada? Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)			
421	Dónde tuvo lugar el parto? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUERTO SALUD GOBIERNO.. 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROPIO HOGAR / OTRO HOGAR..... 95 (PASE A 423) ← OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
421A	Le tocó pagar todo el servicio?	SI..... 1			
		(PASE A 422) ←			
		NO..... 2			
421B	El pago fue parcial o no pagó nada?	PAGO PARCIAL..... 2			
		NO PAGO NADA..... 3			
422	(NOMBRE) nació por operación cesárea?	SI..... 1		SI..... 1	
		NO..... 2		NO..... 2	
423	Quién le atendió el parto de (NOMBRE)? Alguién más? TRATE DE CONSEGUIR EL TIPO DE PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D PARIENTE/AMIGA..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y		MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D PARIENTE/AMIGA..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	
423A	En el momento del nacimiento de (NOMBRE), usted tuvo: a. Labor prolongada, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. Sangrado excesivo después del parto? c. Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. Convulsiones no causadas por fiebre? e. Alguna otra complicación? SI, Si, qué tipo de complicación		SI NO LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA:..... 1 2 (ESPECIFIQUE)		
424	A (NOMBRE) lo pesaron cuando nació?	SI..... 1		SI..... 1	
		NO..... 2		NO..... 2	
		(PASE A 424B) ←		(PASE A 424B) ←	
424A	Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNET DE NACIMIENTO	GRAMOS DEL CARNET..... 1 <input type="text"/>		GRAMOS DEL CARNET..... 1 <input type="text"/>	
		GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/>		GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/>	
		NO SABE..... 99998		NO SABE..... 99998	
424B	Cuánto midió (NOMBRE) al nacer?	CENTÍMETROS..... <input type="text"/>		CENTÍMETROS..... <input type="text"/>	
		NO SABE/ NO RECUERDA..... 98		NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	
425	VERIFIQUE 421: SI CÓDIGO 95 PASE A 426 Durante el tiempo que estuvo en la institución de salud, después del nacimiento de (NOMBRE), se le dió biberón al niño(a)?	SI..... 1			
		NO..... 2			
426	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, tuvo usted alguno de los siguientes problemas:		SI NO		
	a. Sangrado intenso de la vagina?	SANGRADO INTENSO..... 1	2		
	b. Desmayo o pérdida de conciencia?	DESMAYO..... 1	2		
	c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1	2		
	d. Infección de los senos?	INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1	2		
	e. Dolor y ardor al orinar?	DOLOR AL ORINAR..... 1	2		
	f. Flujos o líquidos vaginales?	FLUJOS VAGINALES..... 1	2		
	g. Pérdida involuntaria de orina?	PÉRDIDA ORINA..... 1	2		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
426A	VERIFIQUE 426:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 427)	
426B	Cuando tuvo esa(s) complicacion(es) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2	
427	Fue Ud. a algún control después del parto de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428) ←	SI..... 1 NO..... 2
427A	A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo lugar el primer control?	DÍAS DESPUÉS NAC..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS NAC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
427B	Quién chequeó su salud en ese momento? Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
427C	Dónde tuvo lugar este chequeo? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ARS/ CAJA DE COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.. 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 EN EL HOGAR POR PROMOTOR..... 09 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
428	Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO..... 2 (PASE A 431) ←	
429	Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 430) ←
430	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
431	VERIFIQUE 226: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 433)	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE _____
432	Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 434) ←			
433	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
434	Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2		SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	
435	Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSO..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←		MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSO..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	
436	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 MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
437	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)			
438	Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2			
439	Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
440	Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSO..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSO..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
441	Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←
442	En qué lugar recibió la capacitación?	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO. 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 ICBF..... 08 EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN..... 03 CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO. 04 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 05 PROFAMILIA..... 06 CLÍNICA MÓVIL..... 07 ICBF..... 08 EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
443	VERIFIQUE 437: NIÑO VIVO? VERIFIQUE 438: LACTANDO?	VIVO <input type="checkbox"/> SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA <input type="checkbox"/> (PASE A 447)	MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS VAYA A 451)
			VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 450A) (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS VAYA A 451)
444	Cuántas veces le dió leche materna a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
445	Cuántas veces le dió leche materna a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
446	En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
447	VERIFIQUE 215: AÑO DE NACIMIENTO	1997 o DESPUÉS <input type="checkbox"/> 1996 o ANTES <input type="checkbox"/> (PASE A 450A)	
448	Ayer durante el día o la noche, le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SI, Si, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
449	La última vez que le dió de comer a (NOMBRE), se lavó sus manos inmediatamente antes de alimentarlo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ALIMENTA AL NIÑO(A)..... 3	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____
450	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer.</p> <p>PARA CADA LÍQUIDO O ALIMENTO HAGA PRIMERO "A" Y DESPUES "B"</p> <p>SI NO TOMÓ O COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". SI 7 O MÁS VECES, ESCRIBA "7". SI NO SABE, ESCRIBA "8".</p> <p>a. Agua sola (sin mezclar con nada)?</p> <p>b. Leche en polvo para bebé?</p> <p>c. Cualquier otra leche?</p> <p>d. Jugo de fruta?</p> <p>e. Otro líquido como agua de panela, té, café, bebidas gaseosa, caldo?</p> <p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió en los últimos 7 días, incluyendo el día de ayer.</p> <p>f. Cualquier comida hecha de cereal (trigo, maíz, avena, arroz)?</p> <p>g. Calabaza, zanahoria, habichuela, tomate?</p> <p>h. Frijol, lenteja, soya?</p> <p>i. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, ñame, ñame, mañoca, casabe)?</p> <p>j. Mango, papaya, piña, ciruelas, uvas, moras?</p> <p>k. Otras frutas (bananos, manzanas, guayaba)?</p> <p>l. Carne, pollo, pescado, huevos?</p> <p>m. Queso o yoghurt?</p> <p>n. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?</p>	<p>A</p> <p>Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:</p> <p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió : cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?</p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>	<p>B</p> <p>En total, ayer cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE):</p> <p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>En total, ayer cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE):</p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>		
450A	A usted le dieron el certificado de nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
450B	El nacimiento de (NOMBRE) fue registrado?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 450D) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 450D) ←		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
450C	Dónde fue registrado?	REGISTRADURIA..... 1 NOTARIA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICIA..... 3 CORREGIDURIA..... 4 CONSULADO..... 5 NO SABE..... 8 (PASE A 450F) ←	REGISTRADURIA..... 1 NOTARIA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICIA..... 3 CORREGIDURIA..... 4 CONSULADO..... 5 NO SABE..... 8 (PASE A 450F) ←
450D	Por qué no ha registrado el nacimiento de (NOMBRE)?	CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 NO SABÍA Q. DEBÍA REGISTRARLO..... 03 NO HABÍA PAPELERÍA..... 04 NO QUIERE PAGAR LA MULTA..... 05 NO SABE DÓNDE SE REGISTRA..... 06 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 NO SABÍA Q. DEBÍA REGISTRARLO..... 03 NO HABÍA PAPELERÍA..... 04 NO QUIERE PAGAR LA MULTA..... 05 NO SABE DÓNDE SE REGISTRA..... 06 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
450E	Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
450F		VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451

SECCIÓN 4B: INMUNIZACIÓN Y SALUD

451	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1995. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE UN FORMULARIO ADICIONAL).																																																																																																																																										
452	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																								
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____ VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (VAYA A 453 EN PROXIMA COLUMNA: O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 484)	NOMBRE _____ VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (VAYA A 453 EN PROXIMA COLUMNA: O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 484)																																																																																																																																								
454	Tiene usted el carnet (tarjeta) de vacunación de (NOMBRE)? Me permite verlo por favor?	SI, VISTO..... 1 (PASE A 456) ← SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 458) ← SIN CARNET..... 3	SI, VISTO..... 1 (PASE A 456) ← SI, NO VISTO..... 2 (PASE A 458) ← SIN CARNET..... 3																																																																																																																																								
455	Tuvo usted alguna vez un carnet de vacunación para (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←																																																																																																																																								
456	1) COPIE DEL CARNET LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DIA SI EL CARNET MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTO LA FECHA.	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center;">DÍA</th> <th style="text-align:center;">MES</th> <th style="text-align:center;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>S</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>T</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center;">DÍA</th> <th style="text-align:center;">MES</th> <th style="text-align:center;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>B3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>S</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>T</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																								
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																								
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								
H3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																								

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
457	(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en este carnet, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña nacional de vacunación? MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, SARAMPIÓN, TRIPLE VIRAL, ANTIHEPATITIS B Y/O ANTIHEMOPHILUS	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 456) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 456) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
458	Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas: La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
460	Recibió una vacuna contra el POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461) ←
460A	Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el POLIO: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
460B	Cuántas veces le dieron la vacuna contra el POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
461	Recibió una vacuna contra la HEPATITIS B que es una inyección que se pone en las nalgas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ←
461A	Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la HEPATITIS B: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
461B	Cuántas veces le dieron la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
462	Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en las nalgas cada vez que le dan las gotitas del polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463) ←
462A	Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
463	(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
464	(NOMBRE) recibió la vacuna TRIPLE VIRAL, que es una inyección que se pone en el brazo izquierdo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____
465	Recibió la vacuna ANTIHEMOFILUS, que es para evitar el virus causante de neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←		
465A	Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>		
466	Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante el último año fueron parte de alguna campaña nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
467	(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←		
468	Tomó (NOMBRE) alguna droga contra la fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←		
468A	Qué drogas tomó (NOMBRE)? Alguna otra droga? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D ASPIRINA..... E ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F IBUPROFENO (ADVIL)..... G OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D ASPIRINA..... E ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F IBUPROFENO (ADVIL)..... G OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
469	En las últimas 2 semanas (NOMBRE) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias:	SI NO NS	SI NO NS		
	a. Tos?	1 2 8	1 2 8		
	b. Nariz tapada/moco líquido?	1 2 8	1 2 8		
	c. Dolor de garganta?	1 2 8	1 2 8		
	d. Ronquera?	1 2 8	1 2 8		
	e. Dificultad para tragar o alimentarse?	1 2 8	1 2 8		
	f. Dolor de oídos o secreciones del oído?	1 2 8	1 2 8		
	g. Respiración corta y rápida?	1 2 8	1 2 8		
	h. Respiración difícil?	1 2 8	1 2 8		
	i. Labios azules o morados?	1 2 8	1 2 8		
	j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?	1 2 8	1 2 8		
470	VERIFIQUE 467 Y 469a: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 469a <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 469a <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)		

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOMBRE _____	NOMBRE _____
471	Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 473) ←	Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 473) ←
472	Dónde buscó usted consejo o tratamiento? En algún otro sitio? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE HOSPITAL DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ARS/CAJA DE COMPENSACIÓN..... C CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.. D CONSULTORIO MED. PARTICULAR.... E PROFAMILIA..... F CLÍNICA MÓVIL..... G UNIDAD COMUNITARIA (UAIRA)..... H DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... I EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... J TIENDA/SUPERMERCADO..... K CURANDERO/YERBATERO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	Dónde buscó usted consejo o tratamiento? En algún otro sitio? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE HOSPITAL DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ARS/CAJA DE COMPENSACIÓN..... C CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO.. D CONSULTORIO MED. PARTICULAR.... E PROFAMILIA..... F CLÍNICA MÓVIL..... G UNIDAD COMUNITARIA (UAIRA)..... H DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... I EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... J TIENDA/SUPERMERCADO..... K CURANDERO/YERBATERO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
473	(NOMBRE) tuvo diarrea en la últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	(NOMBRE) tuvo diarrea en la últimas 2 semanas, o sea desde... hasta ayer? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←
474	Durante la diarrea tuvo (ha tenido) alguno de estos síntomas o dolencias? a. Moco y/o sangre?..... b. Piel reseca y/o arrugada?..... c. Ojos hundidos y sin lágrimas?..... d. Mollera hundida?..... e. Labios secos?..... f. Debilidad?..... g. Vómitos?..... SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	Durante la diarrea tuvo (ha tenido) alguno de estos síntomas o dolencias? a. Moco y/o sangre?..... b. Piel reseca y/o arrugada?..... c. Ojos hundidos y sin lágrimas?..... d. Mollera hundida?..... e. Labios secos?..... f. Debilidad?..... g. Vómitos?..... SI NO NS 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8
475	En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)? NÚMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)? NÚMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
476	VERIFIQUE 438 PARA VER SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO LACTA, PARA SABER SI PREGUNTA LO DEL PARENTESIS SI MENOS, PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos? MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas? MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
477	Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? SI MENOS, PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos? MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? SI MENOS, PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos? MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO				
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
		NOMBRE _____			NOMBRE _____				
478	Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Pedialite? c. Un suero preparado en casa?	SI	NO	NS	SI	NO	NS		
		SRO.....	1	2	8	SRO.....	1	2	8
		PEDIALITE.....	1	2	8	PEDIALITE.....	1	2	8
		SUERO CASERO.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8
479	Le dió algo más para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI.....	1		SI.....	1			
		NO.....	2		NO.....	2			
		NO SABE.....	8		NO SABE.....	8			
		(PASE A 481) ←			(PASE A 481) ←				
480	Qué más le dieron para tratar la diarrea? Algo más? ESCRIBA TODO LO QUE MENCIONE	JARABE PARA LA DIARREA.....	A		JARABE PARA LA DIARREA.....	A			
		ANTIBIÓTICO.....	B		ANTIBIÓTICO.....	B			
		SUERO INTRAVENOSO.....	C		SUERO INTRAVENOSO.....	C			
		REMEDIOS CASEROS.....	D		REMEDIOS CASEROS.....	D			
		OTRO: _____	X		OTRO: _____	X			
		(ESPECIFIQUE)			(ESPECIFIQUE)				
481	Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI.....	1		SI.....	1			
		NO.....	2		NO.....	2			
		(PASE A 483) ←			(PASE A 483) ←				
482	Dónde buscó consejo o tratamiento? En otro lugar? SEÑALE TODOS LOS QUE MENCIONE	HOSPITAL DEL GOBIERNO.....	A		HOSPITAL DEL GOBIERNO.....	A			
		HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA.....	B		HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA.....	B			
		CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN.....	C		CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA COMPENSACIÓN.....	C			
		CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..	D		CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO..	D			
		CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR.....	E		CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR.....	E			
		PROFAMILIA.....	F		PROFAMILIA.....	F			
		CLÍNICA MÓVIL.....	G		CLÍNICA MÓVIL.....	G			
		UNIDAD COMUNITARIA (UROCs).....	H		UNIDAD COMUNITARIA (UROCs).....	H			
		DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA.....	I		DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA.....	I			
		EN CASA POR PROMOTOR SALUD.....	J		EN CASA POR PROMOTOR SALUD.....	J			
		TIENDA/SUPERMERCADO.....	K		TIENDA/SUPERMERCADO.....	K			
		CURANDERO/YERBATERO.....	L		CURANDERO/YERBATERO.....	L			
		OTRO: _____	X		OTRO: _____	X			
		(ESPECIFIQUE)			(ESPECIFIQUE)				
483		DEVUÉLVASE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484			DEVUÉLVASE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484				
484	VERIFIQUE 478a Y 478b, PARA TODOS LOS NIÑOS: "SI" EN 478a O EN 478b <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>						486		
485	Ha oído usted de algún producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o del Pedialite que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI.....	1		NO.....	2			

486	<p>VERIFIQUE 217 Y 218:</p> <p>TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO CON ELLA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO CON ELLA <input type="checkbox"/></p>	500	
487	<p>Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. Cuáles síntomas harían que Ud. llevara al niño a un establecimiento de salud inmediatamente?</p> <p>Algún otro signo o síntoma?</p> <p>MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p>SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A</p> <p>SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B</p> <p>SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C</p> <p>SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D</p> <p>SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR.. E</p> <p>SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE... F</p> <p>SI COME O BEBE POCO..... G</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
488	<p>Si uno de sus niños llegara a estar seriamente enfermo, podría Ud. decidir por sí misma si el niño debe ser llevado a tratamiento médico?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
489	<p>Qué sucede usualmente con las deposiciones (popó) de su niño (menor) cuando no usa el inodoro?</p>	<p>SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01</p> <p>LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02</p> <p>LO TIRA EN EL PATIO..... 03</p> <p>LO QUEMA EN EL PATIO..... 04</p> <p>NO HACE NADA/LO DEJAN EN EL SUELO..... 05</p> <p>LO BOTA EN LA BASURA..... 06</p> <p>LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
490	<p>Ud. acostumbra lavarse las manos inmediatamente después de que limpia a su niño (menor)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NUNCA LIMPIA AL NIÑO(A)..... 3</p>	
491	<p>En su hogar tienen algún toldillo que se use para dormir?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	500
492	<p>Anoche (NOMBRE niño menor) durmió con toldillo?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
493	<p>El toldillo alguna vez ha sido impregnado con algún producto para matar mosquitos?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	500
494	<p>Cuándo le hicieron el último tratamiento al toldillo?</p>	<p>HACE MESES..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	

PREG.	SECCION 5. NUPCIALIDAD		PASE A PREG.																						
500	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	MARIDO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2								
	SI	NO																							
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																							
MARIDO.....	1	2																							
OTROS HOMBRES.....	1	2																							
OTRAS MUJERES.....	1	2																							
501	Actualmente Ud. está casada o vive en unión libre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SI, ACTUALMENTE CASADA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} →</td> </tr> <tr> <td>SI, EN UNIÓN LIBRE.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO, NO EN UNIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>	SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} →	SI, EN UNIÓN LIBRE.....	2	NO, NO EN UNIÓN.....	3	506															
SI, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} →																							
SI, EN UNIÓN LIBRE.....	2																								
NO, NO EN UNIÓN.....	3																								
502	Usted ha estado casada o ha vivido en unión libre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>SI, ESTUVO CASADA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} →</td> </tr> <tr> <td>SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>	SI, ESTUVO CASADA.....	1	} →	SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2	NO.....	3	505															
SI, ESTUVO CASADA.....	1	} →																							
SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2																								
NO.....	3																								
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1995																								
504	PASE A _____ →		512																						
505	Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} →</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>	VIUDA.....	1	} →	SEPARADA.....	2	DIVORCIADA.....	3	508															
VIUDA.....	1	} →																							
SEPARADA.....	2																								
DIVORCIADA.....	3																								
506	Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRO SITIO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRO SITIO.....	2																			
VIVE CON ELLA.....	1																								
VIVE EN OTRO SITIO.....	2																								
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL MARIDO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																							
508	Usted ha estado casada o en unión libre solo una vez, o más de una vez?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} →</td> </tr> <tr> <td>MÁS DE UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	UNA VEZ.....	1	} →	MÁS DE UNA VEZ.....	2	509																	
UNA VEZ.....	1	} →																							
MÁS DE UNA VEZ.....	2																								
508A	Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>ENVIUDO.....</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA FÍSICA/ SICOLÓGICA O SEXUAL.....</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>INFIDELIDAD DE ÉL.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>SE ENAMORÓ DE OTRO.....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>INCLUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO/PADRE.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>EMBRIAGUEZ HABITUAL.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>CONDUCTA CORROMPIDA.....</td> <td style="text-align: center;">08</td> </tr> <tr> <td>MUTUO CONSENTIMIENTO.....</td> <td style="text-align: center;">09</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	ENVIUDO.....	01	VIOLENCIA FÍSICA/ SICOLÓGICA O SEXUAL.....	02	INFIDELIDAD DE ÉL.....	03	SE ENAMORÓ DE OTRO.....	04	INCLUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO/PADRE.....	05	EMBRIAGUEZ HABITUAL.....	06	USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....	07	CONDUCTA CORROMPIDA.....	08	MUTUO CONSENTIMIENTO.....	09	OTRO: _____	96	(ESPECIFIQUE)		
ENVIUDO.....	01																								
VIOLENCIA FÍSICA/ SICOLÓGICA O SEXUAL.....	02																								
INFIDELIDAD DE ÉL.....	03																								
SE ENAMORÓ DE OTRO.....	04																								
INCLUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO/PADRE.....	05																								
EMBRIAGUEZ HABITUAL.....	06																								
USO DE SUBSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.....	07																								
CONDUCTA CORROMPIDA.....	08																								
MUTUO CONSENTIMIENTO.....	09																								
OTRO: _____	96																								
(ESPECIFIQUE)																									
509	VERIFIQUE 508: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero? </td> </tr> </tbody> </table>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	511																				
CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?																								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE / PREG.
517	Ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	522
518	La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otro hombre, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	
519	Cuál es su relación con esa persona? SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual con Ud.? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO/ COHABITANTE..... 01 NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	521
520	Por cuánto tiempo ha tenido (tuvo) relaciones sexuales con este hombre?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
521	En total, con cuántos diferentes hombres ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
522	Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	601
523	Cuál es ese lugar? SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR. TRATE DE IDENTIFICAR EL TIPO DE FUENTE Y HAGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO APROPIADO. _____ (NOMBRE DEL LUGAR) Algún otro sitio? MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE	HOSPITAL DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE EPS/ ARS/CAJA DE COMPENSACIÓN..... C CENTRO/PUESTO SALUD GOBIERNO... D CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... E PROFAMILIA..... F CLÍNICA MÓVIL..... G DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... H EN CASA POR PROMOTOR SALUD..... I TIENDA/SUPERMERCADO..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
524	Si Ud. quiere, puede conseguir Ud. misma un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

PREG.	SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD		PASE A PREG.
601	VERIFIQUE 311: NUNCA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		614
602	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> 226=2, 8 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=1 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 MÁS / NINGUNO..... 2 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 3 → 614 INDECISA/NO SABE/ INSEGURA PARA EMBARAZADAS 4 → 610 PARA NO EMBARAZADAS/INSEGU 5 → 608	
603	VERIFIQUE CASILLAS EN 602 : 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 hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO / AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: _____ 996 → 609 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	
604	VERIFIQUE CASILLAS EN 602: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		610
605	VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO? USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=1 → 608 NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 310=2		
606	VERIFIQUE 603: MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/> → 610 2 AÑOS O MÁS NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
607	<p>VERIFIQUE 602:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO 602=1</p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>, pero Ud. no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué na esta usanda un método?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO QUIERE MAS/ NINGUNO 602=2</p> <p>↓</p> <p>Ud. me ha dicho que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero Ud. no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> </div> </div>	<p>NO EN UNIÓN..... A</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</u></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTE-RECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p><u>OPOSICIÓN A USAR:</u></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p><u>FALTA DE CONOCIMIENTO:</u></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</u></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>USO INCONVENIENTE..... R</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S</p> <p><u>RAZONES DE ACCESO/COSTO</u></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMA-SIADO LEJOS..... T</p> <p>MUY COSTOSO..... U</p> <p>OTRA: X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. será un gran problema, un pequeño problema o no será problema?	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 4</p>	
609	<p>VERIFIQUE 310: ESTA USANDO UN MÉTODO?</p> <p>SI, USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NO ESTÁ USANDO O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p>		614
610	Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	612
611	Qué método preferiría usar?	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>VAGINALES..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>INSEGURA..... 98</p>	614

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
612	<p>Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?</p>	<p><u>NO EN UNION</u>..... 11</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</u></p> <p><u>NO TIENE SEXO/ SEXO POCO</u></p> <p>FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... 24</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... 25</p> <p>DESEA MAS HIJOS..... 26</p> <p><u>OPOSICION A USAR:</u></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA..... 34</p> <p><u>FALTA DE CONOCIMIENTO:</u></p> <p>NO CONOCE METODOS..... 41</p> <p>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:</u></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56</p> <p><u>RAZONES DE ACCESO/COSTO</u></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	



613	<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>	
-----	---	---	--

614	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></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: _____ 96 → 616 (ESPECIFIQUE)</p>	
-----	--	--	--

615	<p>Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?</p>	<p>NUMERO..... NIÑAS NIÑOS CUALQUIERA</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
-----	--	--	--

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
616	En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
617	En los últimos 12 meses Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	619
618	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 HIJO..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
619	VERIFIQUE 501: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> 501=2 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		624
619A	VERIFIQUE 311: USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA		621
620	Ud. me ha dicho que Ud. está usando métodos anticonceptivos. Ud. diría que el uso de planificación familiar fue su decisión, la de su esposo (pareja) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 DECISION CONJUNTA..... 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	622
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (pareja) sobre la planificación familiar. Ud. piensa que su esposo (pareja) aprueba o desaprueba a las parejas que usan un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8	
622	VERIFIQUE 311: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA EL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		624
623	Ud. piensa que su esposo (pareja) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	
624	Usted está de acuerdo en que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con su marido cuando: a. Ella sabe que su marido tiene una E.T.S? b. Ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otra mujer? c. Ella ha tenido recientemente un parto? d. Ella está cansada o no está de humor?	SI NO NS TIENE UNA ETS..... 1 2 8 OTRA MUJER..... 1 2 8 PARTO RECIENTE..... 1 2 8 CANSADA/HUMOR..... 1 2 8	

PREG.	SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER	PASE A PREG.
701	<p>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/O EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> 501=1,2</p> <p>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> 505=1,2,3</p> <p>NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3 502=3</p>	<p>703</p> <p>707</p>
702	<p>Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?</p>	<p>EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
703	<p>Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 706</p>
704	<p>Cuál fue el último año de estudios que aprobó?</p> <p>CIRCULE "0" SI NINGUNO</p>	<p>NINGUNO..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PRIMARIA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SECUNDARIA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SUPERIOR..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 998</p>
706	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/></p> <p>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> <p>Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, qué hacía principalmente?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
707	<p>Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?</p>	<p>SI..... 1 → 710</p> <p>NO..... 2</p>
708	<p>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.</p> <p>En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?</p>	<p>SI..... 1 → 710</p> <p>NO..... 2</p>
709	<p>Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 716</p>
710	<p>Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) Ud. principalmente?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
711	<p>Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó?</p>	<p>NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/></p>
712	<p>A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?</p> <p>INDAGUE: A Ud. le pagan por su trabajo?</p>	<p>SOLO DINERO..... 1</p> <p>DINERO Y ESPECIE..... 2</p> <p>SÓLO EN ESPECIE..... 3</p> <p>NO LE PAGAN..... 4 → 716</p>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																										
713	Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MÁS.... 5																																											
714	En promedio, cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO..... 6																																											
715	Ud. usualmente trabaja (trabajaba) en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																											
716	Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones: a. El cuidado de su salud?..... b. Hacer compras grandes del hogar?..... c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?..... d. Visitar a familia, amigos, o parientes?..... e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTRE- VISTADA</th> <th>MARIDC</th> <th>AMBOS</th> <th>ALGUIEN MAS</th> <th>ALGUIEN MAS</th> <th>ENTREV./ ALGUIEN</th> <th>NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	ENTRE- VISTADA	MARIDC	AMBOS	ALGUIEN MAS	ALGUIEN MAS	ENTREV./ ALGUIEN	NADIE	1	2	3	4	5	6	6	1	2	3	4	5	6	6	1	2	3	4	5	6	6	1	2	3	4	5	6	6	1	2	3	4	5	6	6	
ENTRE- VISTADA	MARIDC	AMBOS	ALGUIEN MAS	ALGUIEN MAS	ENTREV./ ALGUIEN	NADIE																																							
1	2	3	4	5	6	6																																							
1	2	3	4	5	6	6																																							
1	2	3	4	5	6	6																																							
1	2	3	4	5	6	6																																							
1	2	3	4	5	6	6																																							
717	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO (PRESENTE Y OYENDO, PRESENTE PERO NO ESCUCHANDO, O NO PRESENTE)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES/ ESC.</th> <th>PRES/ NO ESC</th> <th>NO PRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS < 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRES/ ESC.	PRES/ NO ESC	NO PRES	NIÑOS < 10 AÑOS.....	1	2	8	MARIDO.....	1	2	8	OTROS HOMBRES.....	1	2	8	OTRAS MUJERES.....	1	2	8																							
	PRES/ ESC.	PRES/ NO ESC	NO PRES																																										
NIÑOS < 10 AÑOS.....	1	2	8																																										
MARIDO.....	1	2	8																																										
OTROS HOMBRES.....	1	2	8																																										
OTRAS MUJERES.....	1	2	8																																										
718	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGÚN HIJO DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		720																																										
719	Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO ICBF..... 10 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
720	Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio desde Enero de 1995?	UN SITIO..... 1 MÁS DE UN SITIO..... 2	723
721	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: "1" PARA CIUDAD O CABECERA MUNICIPAL "2" PARA PUEBLO O CENTRO POBLADO "3" PARA CAMPO O RURAL DISPERSO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1995.		
722	PASE A _____		801
723	En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
724	Dónde vivía Ud. antes?	MUNICIPIO: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> FUERA DEL PAIS _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
725	Vivia en la cabecera municipal, en un centro poblado o en el campo?	CABECERA MUNICIPAL..... 1 CENTRO POBLADO..... 2 CAMPO..... 3	
726	Por qué razón salió Ud. del último lugar donde vivía?	DESPLAZADA POR INSEGURIDAD..... 01 DAMNIFICADA POR DESASTRES..... 02 AQUÍ AYUDAN A LOS POBRES..... 03 RAZONES LABORALES..... 04 RAZONES DE EDUCACIÓN..... 05 RAZONES DE SALUD..... 06 RAZONES FAMILIARES..... 07 BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES... 08 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
727	Cuántas personas de su familia vinieron con Ud? 727A Quiénes? Alguién más? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE. SI VINO SOLA ESCRIBA "00".	NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> ESOSO/COMPAÑERO..... A HIJO(S), HIJA(S)..... B SUEGROS/PADRES..... C HERMANOS/HERMANAS..... D OTROS: _____ X (ESPECIFIQUE)	
728	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO MARQUE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: "1" PARA CIUDAD O CABECERA MUNICIPAL "2" PARA PUEBLO O CENTRO POBLADO "3" PARA CAMPO O RURAL DISPERSO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y POR CADA CAMBIO REGISTRE UNA "X" EN EL MES EN EL CUAL OCURRIÓ EL CAMBIO Y EN EL MES ANTES DE LA "X" ESCRIBA EL CÓDIGO DE LA ANTERIOR RESIDENCIA		

PREG.	SECCION 8. SIDA Y OTRAS E.T.S.				PASE A PREG.																																																							
801	Usted ha oído hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	SI VIH..... 1 SIDA..... 1	NO 2 2																																																									
802	VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGUN SI <input type="checkbox"/>				822																																																							
803	Hay algo que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8				807																																																						
804	Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y SEÑALE TODAS LAS QUE MENCIONE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>PRÁCTICAS SEGURAS</p> <p>NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A</p> <p>ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B</p> <p>USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C</p> <p>SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H</p> <p>EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I</p> <p>EVITAR COMPARTIR JERINGAS/CUCH. DE AFEITAR..... J</p> <p>NO SER PROMISCUO..... K</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>OTRAS PRÁCTICAS</p> <p>EVITAR LOS BESOS..... L</p> <p>EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M</p> <p>BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N</p> <p>USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O</p> <p>EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P</p> <p>OTRA: X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p> </div> </div>																																																											
805	VERIFIQUE 501: CASADA/ UNION LIBRE <input type="checkbox"/> 501=1, 2 OTRAS <input type="checkbox"/> 501=3				807																																																							
806	Ud. ha hablado con su esposo (compañero/pareja sexual) acerca de las formas para no infectarse con el virus del VIH (que causa el SIDA)?	SI..... 1 NO..... 2																																																										
807	De las siguientes personas, cuáles piensa Ud. que tienen Mucho, Poco o Ningún riesgo de contraer el SIDA?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MUCHO</th> <th>POCO</th> <th>NINGÚN</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. La mujer casada.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. El hombre casado.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. La mujer soltera con vida sexual.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. El hombre soltero con vida sexual.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. Los niños y las niñas.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. Las prostitutas.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. La mujer que tiene rel. sexuales sólo con mujeres.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. El hombre que tiene rel. sexuales sólo con hombres.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. La mujer que tiene rel. sexuales con hombres y mujeres..</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. El hombre que tiene rel. sexuales con mujeres y hombres</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>					MUCHO	POCO	NINGÚN	NS	a. La mujer casada.....	1	2	3	8	b. El hombre casado.....	1	2	3	8	c. La mujer soltera con vida sexual.....	1	2	3	8	d. El hombre soltero con vida sexual.....	1	2	3	8	e. Los niños y las niñas.....	1	2	3	8	f. Las prostitutas.....	1	2	3	8	g. La mujer que tiene rel. sexuales sólo con mujeres.....	1	2	3	8	h. El hombre que tiene rel. sexuales sólo con hombres.....	1	2	3	8	i. La mujer que tiene rel. sexuales con hombres y mujeres..	1	2	3	8	j. El hombre que tiene rel. sexuales con mujeres y hombres	1	2	3	8
	MUCHO	POCO	NINGÚN	NS																																																								
a. La mujer casada.....	1	2	3	8																																																								
b. El hombre casado.....	1	2	3	8																																																								
c. La mujer soltera con vida sexual.....	1	2	3	8																																																								
d. El hombre soltero con vida sexual.....	1	2	3	8																																																								
e. Los niños y las niñas.....	1	2	3	8																																																								
f. Las prostitutas.....	1	2	3	8																																																								
g. La mujer que tiene rel. sexuales sólo con mujeres.....	1	2	3	8																																																								
h. El hombre que tiene rel. sexuales sólo con hombres.....	1	2	3	8																																																								
i. La mujer que tiene rel. sexuales con hombres y mujeres..	1	2	3	8																																																								
j. El hombre que tiene rel. sexuales con mujeres y hombres	1	2	3	8																																																								
807A	Usted cree que tiene algún riesgo de contraer SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
808	<p>Cómo se puede saber si una persona está infectada con el virus del VIH, el virus que causa el SIDA?</p> <p>Alguna otra manera?</p> <p>MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p>EXAMEN DE VIH..... A</p> <p>APARIENCIA FISICA..... B</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
809	<p>Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO RESPONDE..... 8</p>	813
810	<p>Cuando usted fue a realizarse la prueba, recibió consejería antes del examen de laboratorio?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
811	<p>Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	814
812	<p>Cuando a usted le entregaron los resultados le brindaron consejería?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	814
813	<p>Conoce algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus del VIH?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
814	<p>Es posible para una persona que parece saludable estar infectada con el virus del VIH?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
815	<p>Puede el virus de VIH (que causa el SIDA), ser transmitido de una madre infectada al niño?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	817
816	<p>Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño?</p> <p>Alguna otra manera?</p> <p>MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	<p>DURANTE EL EMBARAZO..... A</p> <p>DURANTE EL PARTO..... B</p> <p>DURANTE LA LACTANCIA..... C</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
817	<p>Si una persona sabe que está infectada con el virus del SIDA, debe informárselo a su(s) pareja(s) sexual(es)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE./NO ESTA SEGURA..... 8</p>	
818	<p>Si un maestro tiene una infección por VIH o SIDA, se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
819	<p>En caso de que una persona tenga la infección por VIH o SIDA, usted cree que el empleador lo puede despedir por esta causa?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
820	<p>Usted cree que una persona infectada con VIH/SIDA debería seguir teniendo relaciones sexuales?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
821	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, estaría Ud. dispuesto a cuidarlo en su propio hogar?	SI..... 1 NO..... 2 N.S./NO ESTA SEGURA/DEPENDE..... 8	
822	Aparte del SIDA, Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	825
823	Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que un hombre</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? Algunos otros? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K NO HAY SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
824	Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que una mujer</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? Algunos otros? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN GENITAL..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... K NO HAY SÍNTOMAS..... L OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
825	VERIFIQUE 512: 512=00 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		901
826	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses: Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	
827	Durante los últimos 12 meses, Ud. ha tenido algún flujo/secreción genital?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																		
828	Durante los últimos 12 meses Ud. ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
829	VERIFIQUE 826: 826=1, 828=1 HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO INFECCIÓN <input type="checkbox"/>	901																		
830	La última vez que usted tuvo esa infección o una enfermedad de transmisión sexual, hizo algo de lo siguiente: a. Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular? b. Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional? c. Buscó consejo en una farmacia o droguería? d. Pidió consejo a algún amigo/pariente? e. Se autorecetó?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÉDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FARMACIA/DROGUERÍA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMIGO/PARIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTORECETÓ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	MÉDICO.....	1	2	CURANDERO.....	1	2	FARMACIA/DROGUERÍA.....	1	2	AMIGO/PARIENTE.....	1	2	AUTORECETÓ.....	1	2	
	SI	NO																			
MÉDICO.....	1	2																			
CURANDERO.....	1	2																			
FARMACIA/DROGUERÍA.....	1	2																			
AMIGO/PARIENTE.....	1	2																			
AUTORECETÓ.....	1	2																			
831	Cuando Ud. tuvo esa infección, se lo informó a la persona con quien había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 ALGUNOS/NO A TODOS..... 3																			
832	Cuando Ud. tuvo (INFECCIÓN), hizo algo para evitar contagiar a su pareja(s) sexual?	SI..... 1 NO..... 2 MARIDO (COMPAÑERO) INFECTADO..... 3	901																		
833	Qué hizo usted para evitar contagiar a su pareja: a. Dejó de tener relaciones sexuales? b. Usaron condón en las relaciones sexuales? c. Tomó medicamentos?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO RELACIONES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>USARON CONDÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TOMÓ MEDICAMENTOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	USARON CONDÓN.....	1	2	TOMÓ MEDICAMENTOS.....	1	2							
	SI	NO																			
NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2																			
USARON CONDÓN.....	1	2																			
TOMÓ MEDICAMENTOS.....	1	2																			

PREG.	SECCIÓN 9. VIOLENCIA DOMÉSTICA		PASE A PREG.																														
901	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS: NO CONTINUE HASTA QUE LA EFECTIVA PRIVACIDAD ESTE ASEGURADA PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/> 1 PRIVACIDAD IMPOSIBLE <input type="checkbox"/> 2		944																														
LEA A TODAS LAS ENTREVISTADAS Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de algunos aspectos de las relaciones entre familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Colombia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie.																																	
902	VERIFIQUE CASILLAS EN 701: ESTADO CONYUGAL NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/>		917																														
903	Ahora le voy a preguntar acerca de algunas situaciones que les suceden a algunas mujeres. Por favor, dígame si estas situaciones se presentan (presentaban) en su relación con su esposo (o compañero), con frecuencia, solo algunas veces o nunca. a. Él la acusa (acusaba) de serle infiel?..... b. Él le impide (impedía) a Ud. encontrarse con sus amiga(o)s?..... c. Él trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia?..... d. Él insiste (insistía) en saber dónde está (estaba) todo el tiempo? e. Él vigila(ba) la forma como Ud. gasta(ba) el dinero?..... f. Él la ignora (ignoraba)/no se dirige(ia) a usted?..... g. Él cuenta (contaba) con Ud. para reuniones sociales o familiares?.... h. Él le consulta(ba) las decisiones importantes para la familia?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FREC.</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				
FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
904	Por favor dígame si su esposa (compañera) se dirige(ía) a Ud. en términos como: "Ud. no sirve para nada", "Ud. nunca hace nada bien", "Ud. es una bruta" o "Mi mamá me hacía mejor las cosas"?	SI..... 1 NO..... 2	906																														
905	Estas situaciones se han presentado (se presentaron) en público o en privado?	PÚBLICO..... 1 PRIVADO..... 2 AMBAS..... 3																															
906	Su esposo (compañero) la ha amenazado (la amenazó) con frecuencia, algunas veces o nunca con: a. Abandonarla/irse con otra mujer? b. Quitarle los hijos? c. Quitarle el apoyo económico?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FREC.</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA	1	2	3	1	2	3	1	2	3																			
FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
907	Con frecuencia, algunas veces o nunca su esposo (compañero): a. La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandéo)? b. La ha golpeado (la golpeó) con la mano? c. La ha golpeado (la golpeó) con un objeto duro?..... d. La ha mordido (la mordió)?..... e. La ha pateado (la patéo) o arrastrado (arrastró)?..... f. La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?..... g. La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?..... h. Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?..... i. La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FREC.</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
FREC.	ALGUNAS VECES	NUNCA																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															

908	VERIFIQUE 907: AL MENOS UN CÓDIGO 1, 2 <input type="checkbox"/>	TODOS CÓDIGO 3 <input type="checkbox"/>	915															
909	Cuánto tiempo después de que usted se casara (uniera) con su (último) esposo/compañero sucedieron estas cosas por primera vez? SI MENOS DE UN AÑO ANOTE "00"	NÚMERO DE AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95																
910	Las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que su esposo (compañero) le hizo: a. Tuvo moretones y dolores en el cuerpo?..... b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?..... c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?..... d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	<table border="0"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NR</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>	SI	NO	NR	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	
SI	NO	NR																
1	2	8																
1	2	8																
1	2	8																
1	2	8																
911	VERIFIQUE 910: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	913															
911A	Fue Ud. al médico o a un centro de salud como resultado de lo que su esposo/compañero le hizo?	SI..... 1 NO..... 2	913															
912	Cuando Ud. fue al médico o al centro de salud como resultado de lo que su esposo (compañero) le hizo, usted recibió información sobre las formas para buscar protección y los mecanismos para denunciar?	SI..... 1 NO..... 2																
913	Cuando Ud. ha sido agredida por su (último) esposo (compañero), Ud. se ha defendido golpeándolo o agrediendo físicamente? SI, Si con qué frecuencia?	FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3																
914	En momentos en que su esposo (compañero) no la ha estado agrediendo, Ud. lo ha golpeado o agredido físicamente?	SI..... 1 NO..... 2																
915	Con qué frecuencia su esposo (compañero) toma (tomaba) bebidas alcohólicas hasta embriagarse?	FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3																
916	Su esposo (compañero) utiliza(ba) sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, éxtasis, cocaína o heroína? SI, Si con qué frecuencia?	FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3 NO SABE..... 8																
917	VERIFIQUE CASILLAS EN 701: ESTADO CONYUGAL <table border="0"> <tr> <td> EN UNION (CASADA/ UNION LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> </td> <td> SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> ↓ Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente? </td> <td> ↓ Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente? </td> </tr> </table>	EN UNION (CASADA/ UNION LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/>	SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/>	↓ Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?	↓ Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	919											
EN UNION (CASADA/ UNION LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/>	SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/>																	
↓ Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?	↓ Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																
918	<p>Qué persona o personas la golpearon, abofetearon, patearon o hirieron a Ud. en esa forma?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p> <table border="0"> <tr><td>MADRE.....</td><td>A</td><td>SUEGRO.....</td><td>K</td></tr> <tr><td>PADRE.....</td><td>B</td><td>OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....</td><td>L</td></tr> <tr><td>MADRASTRA.....</td><td>C</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE DEL</td><td></td></tr> <tr><td>PADRASTRO.....</td><td>D</td><td> MARIDO.....</td><td>M</td></tr> <tr><td>HERMANA.....</td><td>E</td><td>OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....</td><td>N</td></tr> <tr><td>HERMANO.....</td><td>F</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....</td><td>O</td></tr> <tr><td>HIJA.....</td><td>G</td><td>NOVIO.....</td><td>P</td></tr> <tr><td>HIJO.....</td><td>H</td><td>OTRO: _____</td><td>X</td></tr> <tr><td>EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....</td><td>I</td><td> </td><td></td></tr> <tr><td>SUEGRA.....</td><td>J</td><td> </td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	MADRE.....	A	SUEGRO.....	K	PADRE.....	B	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	L	MADRASTRA.....	C	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL		PADRASTRO.....	D	MARIDO.....	M	HERMANA.....	E	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	N	HERMANO.....	F	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	O	HIJA.....	G	NOVIO.....	P	HIJO.....	H	OTRO: _____	X	EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	I			SUEGRA.....	J												
MADRE.....	A	SUEGRO.....	K																																																
PADRE.....	B	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	L																																																
MADRASTRA.....	C	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL																																																	
PADRASTRO.....	D	MARIDO.....	M																																																
HERMANA.....	E	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	N																																																
HERMANO.....	F	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	O																																																
HIJA.....	G	NOVIO.....	P																																																
HIJO.....	H	OTRO: _____	X																																																
EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	I																																																		
SUEGRA.....	J																																																		
919	<p>VERIFIQUE 334:</p> <p>ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	<p>NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	<p>922</p>																																																
920	<p>Alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o herido a Ud. cuando estaba (está) embarazada (en cualquiera de sus embarazos)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>922</p>																																																
921	<p>Quién(es)? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p> <table border="0"> <tr><td>MADRE.....</td><td>A</td><td>SUEGRA.....</td><td>K</td></tr> <tr><td>PADRE.....</td><td>B</td><td>SUEGRO.....</td><td>L</td></tr> <tr><td>MADRASTRA.....</td><td>C</td><td>OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....</td><td>M</td></tr> <tr><td>PADRASTRO.....</td><td>D</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE DEL</td><td></td></tr> <tr><td>HERMANA.....</td><td>E</td><td> MARIDO.....</td><td>N</td></tr> <tr><td>HERMANO.....</td><td>F</td><td>OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....</td><td>O</td></tr> <tr><td>HIJA.....</td><td>G</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....</td><td>P</td></tr> <tr><td>HIJO.....</td><td>H</td><td>NOVIO.....</td><td>Q</td></tr> <tr><td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td><td>I</td><td>OTRO: _____</td><td>X</td></tr> <tr><td>EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....</td><td>J</td><td> </td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	MADRE.....	A	SUEGRA.....	K	PADRE.....	B	SUEGRO.....	L	MADRASTRA.....	C	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	M	PADRASTRO.....	D	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL		HERMANA.....	E	MARIDO.....	N	HERMANO.....	F	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	O	HIJA.....	G	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	P	HIJO.....	H	NOVIO.....	Q	ESPOSO/COMPAÑERO.....	I	OTRO: _____	X	EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	J												
MADRE.....	A	SUEGRA.....	K																																																
PADRE.....	B	SUEGRO.....	L																																																
MADRASTRA.....	C	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	M																																																
PADRASTRO.....	D	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL																																																	
HERMANA.....	E	MARIDO.....	N																																																
HERMANO.....	F	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	O																																																
HIJA.....	G	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	P																																																
HIJO.....	H	NOVIO.....	Q																																																
ESPOSO/COMPAÑERO.....	I	OTRO: _____	X																																																
EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	J																																																		
922	<p>VERIFIQUE: 907, 917 Y 920</p> <p style="text-align: center;">907=1 o 2 917=1 920=1</p> <p>HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/></p>	<p>NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/></p>	<p>931</p>																																																
923	<p>Cuando la han maltratado, usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>925</p>																																																
924	<p>A quién le ha pedido ayuda? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p> <table border="0"> <tr><td>MADRE.....</td><td>A</td><td>OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....</td><td>M</td></tr> <tr><td>PADRE.....</td><td>B</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE DEL</td><td></td></tr> <tr><td>MADRASTRA.....</td><td>C</td><td> MARIDO.....</td><td>N</td></tr> <tr><td>PADRASTRO.....</td><td>D</td><td>OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....</td><td>O</td></tr> <tr><td>HERMANA.....</td><td>E</td><td>OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....</td><td>P</td></tr> <tr><td>HERMANO.....</td><td>F</td><td>NOVIO.....</td><td>Q</td></tr> <tr><td>HIJA.....</td><td>G</td><td>MUJER AMIGA.....</td><td>R</td></tr> <tr><td>HIJO.....</td><td>H</td><td>HOMBRE AMIGO.....</td><td>S</td></tr> <tr><td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td><td>I</td><td>PROFESOR(A).....</td><td>T</td></tr> <tr><td>EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....</td><td>J</td><td>EMPLEADOR.....</td><td>U</td></tr> <tr><td>SUEGRA.....</td><td>K</td><td>OTRO: _____</td><td>X</td></tr> <tr><td>SUEGRO.....</td><td>L</td><td> </td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	MADRE.....	A	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	M	PADRE.....	B	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL		MADRASTRA.....	C	MARIDO.....	N	PADRASTRO.....	D	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	O	HERMANA.....	E	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	P	HERMANO.....	F	NOVIO.....	Q	HIJA.....	G	MUJER AMIGA.....	R	HIJO.....	H	HOMBRE AMIGO.....	S	ESPOSO/COMPAÑERO.....	I	PROFESOR(A).....	T	EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	J	EMPLEADOR.....	U	SUEGRA.....	K	OTRO: _____	X	SUEGRO.....	L				
MADRE.....	A	OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO.....	M																																																
PADRE.....	B	OTRO HOMBRE PARIENTE DEL																																																	
MADRASTRA.....	C	MARIDO.....	N																																																
PADRASTRO.....	D	OTRA MUJER PARIENTE SUYA.....	O																																																
HERMANA.....	E	OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO.....	P																																																
HERMANO.....	F	NOVIO.....	Q																																																
HIJA.....	G	MUJER AMIGA.....	R																																																
HIJO.....	H	HOMBRE AMIGO.....	S																																																
ESPOSO/COMPAÑERO.....	I	PROFESOR(A).....	T																																																
EXMARIDO/EXCOMPAÑERO.....	J	EMPLEADOR.....	U																																																
SUEGRA.....	K	OTRO: _____	X																																																
SUEGRO.....	L																																																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
925	<p>Cuando la han maltratado, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?</p> <p>SI, Si, a cuál institución ha acudido?</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICIA..... A</p> <p>COMISARIA DE FAMILIA..... B</p> <p>BIENESTAR FAMILIAR..... C</p> <p>FISCALÍA..... D</p> <p>JUZGADO..... E → 927</p> <p>INSTITUCIÓN DE SALUD..... F</p> <p>PROFAMILIA..... G</p> <p>ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z</p>	
926	<p>Otra persona ha buscado ayuda por usted?</p> <p>SI, Si, quién?</p>	<p>_____ 1 </p> <p>(PARENTESCO)</p> <p>NO..... 2 { 9 6 } → 930</p>	
927	<p>Además de recibir ayuda, Ud. ha buscado que el(la) agresor(a) reciba una sanción, es decir, lo(a) ha denunciado ante la autoridad?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 930</p>	
928	<p>Ante qué autoridad denunció el maltrato?</p> <p>Alguna otra autoridad?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICIA..... A</p> <p>COMISARIA DE FAMILIA..... B</p> <p>FISCALÍA..... C</p> <p>JUZGADO..... D</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
929	<p>Como consecuencia de la denuncia, fue valorada por medicina legal?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 931</p>	
930	<p>Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado a la persona que le hizo daño?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO SABE A DONDE IR..... A</p> <p>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN..... B</p> <p>ES PARTE DE LA VIDA (NORMAL)..... C</p> <p>SIENTE QUE MERECE EL ABUSO..... D</p> <p>MIEDO DE DIVORCIO/SEPARACIÓN..... E</p> <p>MIEDO DE RECIBIR MÁS GOLPES ELLA O SUS HIJOS..... F</p> <p>SIENTE QUE LOS DAÑOS NO FUERON FUERTES..... G</p> <p>NO QUIERE HACERLE DAÑO A LA PERSONA QUE LA AGREDIO..... H</p> <p>CREE QUE PUEDE RESOLVERLO SOLA..... I</p> <p>NO CREE EN LA JUSTICIA..... J</p> <p>HA TENIDO EXPERIENCIA NEGATIVAS AL DENUNCIAR..... K</p> <p>PIENSA QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR..... L</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
931	<p>Alguna vez ha sido forzada físicamente por alguna persona (diferente a su esposo/compañero) a tener relaciones o actos sexuales?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 935</p>	
932	<p>Ud. quiere hablarnos de ese suceso?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 935</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
933	<p>Quién la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p> <p>PADRE..... A PADRASTRO..... B HERMANO..... C HIJO..... D EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... E NOVIO..... F SUEGRO..... G OTRO HOMBRE PARIENTE DEL MARIDO..... H</p>	<p>OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... I HOMBRE AMIGO..... J PROFESOR(A)..... K EMPLEADOR..... L DESCONOCIDO..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
934	<p>Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?</p>	<p>EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
935	<p>Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2</p>	937
936	<p>Quién la obligó? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p> <p>MADRE..... A PADRE..... B MADRASTRA..... C PADRASTRO..... D HERMANA..... E HERMANO..... F HIJA..... G HIJO..... H ESPOSO/COMPAÑERO..... I EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... J SUEGRA..... K SUEGRO..... L</p>	<p>OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO..... M OTRO HOMBRE PARIENTE DEL MARIDO..... N OTRA MUJER PARIENTE SUYA..... O OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... P NOVIO..... Q MUJER AMIGA..... R HOMBRE AMIGO..... S PROFESOR(A)..... T EMPLEADOR..... U DESCONOCIDO..... V OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
937	<p>Hasta donde Ud. sabe, su padre golpeaba a su madre?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	
938	<p>VERIFIQUE 201, 216</p> <p>AL MENOS UN HIJO VIVO <input type="checkbox"/></p>	<p>NINGÚN HIJO VIVO <input type="checkbox"/></p>	941
939	<p>Quién castiga (castigaba) a sus hijos en el hogar? Alguien más?</p>	<p>PADRE BIOLÓGICO..... A MADRE BIOLÓGICA..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y</p>	941

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																		
939A	SI 939 = A <input type="checkbox"/>	SI 939 = B <input type="checkbox"/>	SI 939 = X <input type="checkbox"/>																		
940	<p>A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos?</p> <p>PALMADAS..... A</p> <p>REPRIMENDA VERBAL..... B</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... C</p> <p>PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... D</p> <p>CON GOLPES O CASTIGO FÍSICO..... E</p> <p>DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... F</p> <p>IGNORÁNDOLOS..... G</p> <p>PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... H</p> <p>DEJÁNDOLOS POR FUERA DE CASA..... I</p> <p>ECHÁNDOLES AGUA..... J</p> <p>QUITÁNDOLES LA ROPA..... K</p> <p>QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... L</p> <p>QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... M</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos?</p> <p>A..... A</p> <p>B..... B</p> <p>C..... C</p> <p>D..... D</p> <p>E..... E</p> <p>F..... F</p> <p>G..... G</p> <p>H..... H</p> <p>I..... I</p> <p>J..... J</p> <p>K..... K</p> <p>L..... L</p> <p>M..... M</p> <p>X..... X</p>	<p>C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos?</p> <p>A..... A</p> <p>B..... B</p> <p>C..... C</p> <p>D..... D</p> <p>E..... E</p> <p>F..... F</p> <p>G..... G</p> <p>H..... H</p> <p>I..... I</p> <p>J..... J</p> <p>K..... K</p> <p>L..... L</p> <p>M..... M</p> <p>X..... X</p>																		
941	<p>En qué forma usualmente la castigan (castigaban) a Ud. sus padres?</p> <p>De alguna otra forma?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>PALMADAS..... A</p> <p>REPRIMENDA VERBAL..... B</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... C</p> <p>PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... D</p> <p>GOLPEÁNDOLA..... E</p> <p>QUEMÁNDOLA..... F</p> <p>DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G</p> <p>IGNORÁNDOLA..... H</p> <p>PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... I</p> <p>DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J</p> <p>HUNDIENDOLA EN AGUA..... K</p> <p>QUITÁNDOLE LA ROPA..... L</p> <p>QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M</p> <p>QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																			
942	<p>Cree Ud. que para educar a los hijos es necesario el castigo físico?</p> <p>SI, Si con qué frecuencia?</p>	<p>FRECUENTEMENTE..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																			
943	<p>AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUELVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS DE ABAJO CON REFERENCIA A LA APLICACIÓN DEL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SOLAMENTE.</p>																				
944	<p>UD. TUVO QUE INTERRUPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE LA PERSONA ACUSADA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>SI, MAS DE UNA VEZ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MUJER ADULTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO	MARIDO.....	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO.....	1	2	3	MUJER ADULTA.....	1	2	3	
	SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO																		
MARIDO.....	1	2	3																		
OTRO HOMBRE ADULTO.....	1	2	3																		
MUJER ADULTA.....	1	2	3																		
945	<p>HORA DE TERMINACIÓN:</p>	<p>HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																			

PREG.	SECCION 10. PESO Y TALLA				
1001	VERIFIQUE 215: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995 <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1995 <input type="checkbox"/> → TERMINE				
ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1995 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 ANOTE EL NOMBRE DE CADA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995 (SI LOS TIENE) Y EN 1004 LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS. EN 1006 Y Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS CON UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995 DEBEN SER PESADAS Y MEDIDAS AÚN SI TODOS LOS NIÑOS HAN MUERTO. SI HAY MÁS DE 3 HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995 USE FORMULARIOS ADICIONALES).					
		1 ENTREVISTADA	2 NIÑO VIVO MÁS JOVEN (MENOR)	3 PENÚLTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENÚLTIMO NIÑO VIVO
1002	No. DE ORDEN DE P.212				
1003	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P.212	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P.215 Y PREGUNTE POR EL DÍA DEL NACIMIENTO		DÍA..... MES..... AÑO	DÍA..... MES..... AÑO	DÍA..... MES..... AÑO
1005	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
1006	TALLA (en centímetros)
1007	SOLO PARA LA MAMÁ PERIMETRO DEL BRAZO (en centímetros)	.			
1008	SE LE TOMÓ LA TALLA (TAMANO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
1009	PESO (en kilogramos)	.	β .	β .	β .
1010	FECHA DE PESO Y TALLA	DÍA..... MES..... AÑO	DÍA..... MES..... AÑO	DÍA..... MES..... AÑO	DÍA..... MES..... AÑO
1011	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
1012	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: _____		NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____		

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Par 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 DE LA CRÍTICA

Nombre de la Crítica: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador: _____ Fecha: _____

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

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES

- 0 NINGÚN MÉTODO
- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 PÍLDORAS
- 4 DIU
- 5 INYECCIONES
- 6 IMPLANTES O NORPLANT
- 7 CONDÓN
- 8 ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)
- 9 AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
- J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)
- K RETIRO
- X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

- 1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
- 2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
- 3 MARIDO DESAPROBÓ
- 4 EFECTOS COLATERALES
- 5 MOTIVOS DE SALUD
- 6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
- 7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO
- 8 USO INCONVENIENTE
- 9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
- C COSTO
- F FATALISTA
- A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
- D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN
- X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)
- Z NO SABE

COL 3:

Matrimonio / Unión

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

COL 4: Movimientos y Tipos de Localidades

- X CAMBIO DE COMUNIDAD
- 1 CIUDAD O CABECERA MUNICIPAL
- 2 PUEBLO O CENTRO POBLADO
- 3 CAMPO O RURAL DISPERSO

ÚLTIMO EMBARAZO QUE TERMINÓ EN PÉRDIDA O NACIDO MUERTO ANTES DE ENERO DE 1995

SI NINGÚN EMBARAZO QUE TERMINARA EN PÉRDIDA O NACIDO MUERTO, ANOTE "00" PARA MES Y "0000" PARA AÑO.

MES.....

AÑO.....

1			1	2	3	4		
		07	JUL		06			JUL
		06	JUN		07			JUN
2		05	MAY		08			MAY 2
0		04	ABR		09			ABR 0
0		03	MAR		10			MAR 0
0		02	FEB		11			FEB 0
		01	ENE		12			ENE
		12	DIC		13			DIC
		11	NOV		14			NOV
		10	OCT		15			OCT
		09	SEP		16			SEP
	1	08	AGO		17			AGO 1
	9	07	JUL		18			JUL 9
	9	06	JUN		19			JUN 9
	9	05	MAY		20			MAY 9
		04	ABR		21			ABR
		03	MAR		22			MAR
		02	FEB		23			FEB
		01	ENE		24			ENE
		12	DIC		25			DIC
		11	NOV		26			NOV
		10	OCT		27			OCT
		09	SEP		28			SEP
	1	08	AGO		29			AGO 1
	9	07	JUL		30			JUL 9
	9	06	JUN		31			JUN 9
	8	05	MAY		32			MAY 8
		04	ABR		33			ABR
		03	MAR		34			MAR
		02	FEB		35			FEB
		01	ENE		36			ENE
		12	DIC		37			DIC
		11	NOV		38			NOV
		10	OCT		39			OCT
		09	SEP		40			SEP
	1	08	AGO		41			AGO 1
	9	07	JUL		42			JUL 9
	9	06	JUN		43			JUN 9
	7	05	MAY		44			MAY 7
		04	ABR		45			ABR
		03	MAR		46			MAR
		02	FEB		47			FEB
		01	ENE		48			ENE
		12	DIC		49			DIC
		11	NOV		50			NOV
		10	OCT		51			OCT
		09	SEP		52			SEP
	1	08	AGO		53			AGO 1
	9	07	JUL		54			JUL 9
	9	06	JUN		55			JUN 9
	6	05	MAY		56			MAY 6
		04	ABR		57			ABR
		03	MAR		58			MAR
		02	FEB		59			FEB
		01	ENE		60			ENE
		12	DIC		61			DIC
		11	NOV		62			NOV
		10	OCT		63			OCT
		09	SEP		64			SEP
	1	08	AGO		65			AGO 1
	9	07	JUL		66			JUL 9
	9	06	JUN		67			JUN 9
	5	05	MAY		68			MAY 5
		04	ABR		69			ABR
		03	MAR		70			MAR
		02	FEB		71			FEB
		01	ENE		72			ENE