

CUESTIONARIO INDIVIDUAL APÉNDICE

E



COLOMBIA

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2010 CUESTIONARIO INDIVIDUAL



IDENTIFICACION	
1. SEGMENTO No.	<input type="text"/>
2. VIVIENDA No.	<input type="text"/>
3. HOGAR	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: <input type="text"/>	
4. DEPARTAMENTO:	<input type="text"/>
5. MUNICIPIO:	<input type="text"/>
6. ÁREA:	<div>CABECERA MUNICIPAL 1 <input type="text"/></div> <div>RESTO (CENTRO POBLADO) 2 <input type="text"/></div> <div>RESTO (DISPERSO) 3 <input type="text"/></div>
7. ÁREA DE MUESTREO	<input type="text"/>
8 NOMBRE Y No. DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR	<input type="text"/>

CONTROL DE LA ENCUESTA				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
ENTREVISTADORA				
RESULTADO*				RESULTADO* <input type="text"/>
HORA DE INICIO				
HORA TERMINACIÓN				NÚMERO VISITAS <input type="text"/>

CÓDIGOS	SUPERVISORA <input type="text"/>	ENTREVISTADORA <input type="text"/>
* CODIGOS DE RESULTADO: <div>COMPLETA 1</div> <div>RECHAZO 2</div> <div>AUSENTE 3</div> <div>INCOMPLETA 4</div> <div>OTRO: <input type="text"/> 6</div>		

Buenos Días. Mi nombre es _____ y estoy trabajando para Profamilia. Estamos realizando una encuesta a nivel nacional, entrevistando a mujeres acerca de diferentes temas relacionados con la salud. Apreciaríamos su participación en esta entrevista. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas de salud. La entrevista dura aproximadamente entre una hora y hora y media. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta entrevista es voluntaria y si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjeme saber y continuaré con las siguientes preguntas o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Esperamos que usted participe en esta entrevista pues sus opiniones son importantes.

Tiene alguna pregunta sobre la encuesta? **Me gustaría empezar la entrevista ahora**

Firma Encuestadora: _____ Fecha _____

Encuestada acepta entrevista SI ☐ NO ☐ → FIN

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIACIÓN	HORA..... MINUTOS.....	
102	Por cuánto tiempo ha estado Ud. viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL MUNICIPIO DE RESIDENCIA)?	MESES..... AÑOS..... SIEMPRE..... 95	
103	En qué día, mes y año nació Ud.?	DÍA..... NO SABE EL DÍA..... 98 MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 9998	
104	Cuántos años cumplidos tiene Ud.? COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
105	Alguna vez Ud. asistió a la escuela, colegio o universidad u otra institución educativa de educación formal?	SI..... 1 NO..... 2	107
106	Cuál fue el último año de estudios que Ud. aprobó?	NINGUNO..... 0 PREESCOLAR..... 1 PRIMARIA..... 2 SECUNDARIA..... 3 TÉCNICA/TECNOLÓGICA..... 4 UNIVERSITARIO..... 5 POSGRADO..... 6	108
107	Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FÁCILMENTE..... 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 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO PASÓ EXÁMENES DE ENTRADA..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS/NO HABÍA ESCUELA..... 11 DISCAPACIDAD..... 12 OPOSICIÓN DE LOS PADRES..... 13 VIOLENCIA EN LA REGIÓN..... 14 CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO..... 15 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los partos que usted ha tenido durante su vida. Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	208																														
202	Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	204																														
203	Cuántas hijas viven con usted? Cuántos hijos viven con usted? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>																															
204	Usted tiene alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	208																														
205	Cuántas hijas no están viviendo con Ud.? Cuántos hijos no están viviendo con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>																															
206	Cuántas hijas viven en el país? Cuántos hijos viven en el país? Cuántas hijas viven en el exterior? Cuántos hijos viven en el exterior? SI NINGUNO ANOTE "00", SI NO SABE ANOTE "98" Y PASE A 207	HIJAS VIVIENDO EN EL PAÍS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS VIVIENDO EN EL PAÍS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS VIVIENDO EN EL EXTERIOR..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS VIVIENDO EN EL EXTERIOR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	208																														
207	VERIFIQUE 206 SI TIENE HIJA(O)S VIVIENDO EN EL EXTERIOR En que país(es) viven?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">HIJAS</th> <th style="text-align: center;">HIJOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VENEZUELA.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ESTADOS UNIDOS.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ESPAÑA.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ECUADOR.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PANAMÁ.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CANADA.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTRO:.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </tbody> </table>		HIJAS	HIJOS	VENEZUELA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	ESTADOS UNIDOS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	ESPAÑA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	ECUADOR.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	PANAMÁ.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	CANADA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	OTRO:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	(ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	98	98	
	HIJAS	HIJOS																															
VENEZUELA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
ESTADOS UNIDOS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
ESPAÑA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
ECUADOR.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
PANAMÁ.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
CANADA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
OTRO:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																															
(ESPECIFIQUE)																																	
NO SABE.....	98	98																															
208	alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: Tuvo usted alguna (otra) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	210																														
209	Cuántas hijas han muerto? Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																															
210	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 209 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS VIVOS ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>																															
211	VERIFIQUE 210: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> nacidos vivos durante toda su vida. Esto es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																
	NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 210 SI ES NECESARIO																																
212	VERIFIQUE 210: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/> → 228																																

<p>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 214 PARA FUTURA REFERENCIA. ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 213. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.</p>										
213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223
<p>Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?</p>	<p>ANOTE NACIMIENTO ÚNICO O MÚLTIPLE (MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC.)</p>	<p>Es (NOMBRE) hombre o mujer?</p>	<p>En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?</p>	<p>Está (NOMBRE) aún vivo?</p>	<p>Cuántos años cumplidos tiene?</p> <p>ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"</p>	<p>Está (NOMBRE) viviendo con Ud?</p>	<p>ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR</p>	<p>Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?</p> <p>SI " 1 AÑO " INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)?</p> <p>ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.</p>	<p>SI NACIMIENTO EN NOV. 2004 O DESPUÉS: Cuantos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE) nació?</p> <p>SI "NO SABE" ANOTE "98"</p>	<p>Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y NOMBRE)?</p>
01	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p> <p>(VAYA AL PRÓXIMO)</p>	
02	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
03	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
04	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
05	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
06	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
07	<p>ÚNICO.. 1</p> <p>(NOMBRE)</p>	<p>H..... 1</p> <p>M..... 2</p>	<p> </p> <p> DÍA</p> <p> MES</p> <p> AÑO</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>221</p>	<p>EDAD EN AÑOS</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>No. DE ORDEN</p> <p> </p> <p>(PASE A 222)</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>MESES 2</p> <p>AÑOS... 3</p>	<p>MESES</p> <p> </p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>

213	Cómo se llamó el primer (siguiente) hijo que tuvo?	214	ANOTE NACIMIENTO ÚNICO O MÚLTIPLE (MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC.)	215	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	216	En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?	217	Está (NOMBRE) aún vivo?	218	SI ESTA VIVO: Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	219	SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	220	SI ESTA VIVO: ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	221	SI ESTA MUERTO: 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.	222	SI NACIMIENTO EN NOV. 2004 O DESPUÉS: Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE) nació? SI "NO SABE" ANOTE "98"	223	Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y (NOMBRE)?
08	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> DÍA MES AÑO </div>	SI..... 1 NO..... 2 221	EDAD EN AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 222)	DÍAS..... 1 MESES 2 AÑOS... 3	MESES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (VAYA AL PRÓXIMO)	SI..... 1 NO..... 2										
09	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> DÍA MES AÑO </div>	SI..... 1 NO..... 2 221	EDAD EN AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 222)	DÍAS..... 1 MESES 2 AÑOS... 3	MESES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2										
10	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> DÍA MES AÑO </div>	SI..... 1 NO..... 2 221	EDAD EN AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 222)	DÍAS..... 1 MESES 2 AÑOS... 3	MESES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2										
01	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> DÍA MES AÑO </div>	SI..... 1 NO..... 2 221	EDAD EN AÑOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (PASE A 222)	DÍAS..... 1 MESES 2 AÑOS... 3	MESES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SI..... 1 NO..... 2										

224	Ha tenido usted algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? (SI LA RESPUESTA ES POSITIVA INCLÚYALO EN EL LISTADO Y HAGA LAS PREGUNTAS RESPECTIVAS)	SI..... 1 NO..... 2
-----	--	------------------------

225	COMPARE 210 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> NÚMEROS IGUALES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> VERIFIQUE: </div> <div> NÚMEROS DIFERENTES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> → PRUEBE Y RECONCILIE </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.216) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.218) PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTÓ LA EDAD A LA MUERTE (P.221) PARA EDADES A LA MUERTE 12 MESES O 1 AÑO: SE PROBÓ PARA DETERMINAR EDAD EXACTA DE MESES </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
226	VERIFIQUE 216 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE NOVIEMBRE DE 2004. SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 228
227	POR CADA NACIMIENTO DESDE NOVIEMBRE DE 2004 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 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	
228	Usted tiene hijos adoptados?	SI..... 1 NO..... 2	231	
229	Cómo llegó a la decisión de adoptar?	POR CONSIDERARLO COMO UNA ALTERNATIVA PARA SER MADRE..... 1 DESPUÉS DE UN PROCESO ELABORADO..... 2 SUGERENCIA DE UN CONOCIDO O FAMILIAR..... 3 POR LLENAR UN VACÍO AFECTIVO..... 4 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)		
230	Después de la experiencia considera que la adopción es una alternativa de maternidad:	MUY POSITIVA, NO SE ESTABLECE DIFERENCIA CON LA MATERNIDAD BIOLÓGICA..... 1 POSITIVA..... 2 POSITIVA PERO SE HACE NECESARIO UN MAYOR ACOMPAÑAMIENTO DEL ESTADO..... 3 DIFÍCIL..... 4 POR NADA LA CONSIDERARÍA NUEVAMENTE COMO ALTERNATIVA..... 5 OTRA..... 6		
231	Ha pensado en algún momento en adoptar (de nuevo) un hijo?	SI..... 1 NO..... 2	233	
232	Cuál sería la expectativa de edad del niño a adoptar?	0 A 2 AÑOS..... 1 3 A 4 AÑOS..... 2 5 A 6 AÑOS..... 3 7 AÑOS Y MÁS..... 4		
233	Estaría Ud. de acuerdo en que las parejas homosexuales adoptarán niños?	SI..... 1 NO..... 2		
234	Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	251	
235	Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... <input type="text"/>		
236	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			
237	Cuando usted quedó embarazada, quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3		
238	Después de que se enteró que estaba embarazada tuvo miedo de contarle a su pareja?	SI..... 1 NO..... 2		
239	Este embarazo fue una decisión tomada junto con su pareja?	SI..... 1 NO..... 2		
240	Se ha hecho control prenatal (control del embarazo)? Si, "SI" en dónde?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NINGÚN CONTROL PRENATAL..... 7	248	
241	El control prenatal fue pagado por la institución de salud a la que se encuentra afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA AFILIADA..... 4		
242	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/>		
243	En alguno de sus controles le diagnosticaron: a. Bajo peso?..... b. Exceso de peso?..... c. Anemia?..... d. Algún otro problema?.....	SI NO BAJO PESO..... 1 2 EXCESO DE PESO..... 1 2 ANEMIA..... 1 2 OTRO: 1 2 (ESPECIFIQUE)		
244	VERIFIQUE 243: AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>			246

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
245	Qué medida tomó el profesional de salud?	LE DIÓ ORIENTACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN 1 LE FORMULARON VITAMINAS O MINERALES. 2 LA REMITIERON A ALGÚN PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN. 3 LA REMITIERON AL NUTRICIONISTA U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD. 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
246	Está asistiendo a algún programa alimentario?	SI 1 NO 2	
247	Está asistiendo al curso sicoprofiláctico?	SI 1 NO 2	249
248	Por qué no se ha hecho control prenatal? alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	FALTA DE TIEMPO. A SERVICIO QUEDA LEJOS. B TRANSPORTE MUY COSTOSO. C SERVICIO MUY COSTOSO. D SERVICIO DE MALA CALIDAD. E FUE PERO NO LA ATENDIERON. F NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS. G MUCHOS TRÁMITES. H NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO. I INSEGURIDAD. J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN. K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS. L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO. M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RCRS). N ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ. O PADRES NO LA DEJARON. P OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
249	Durante este embarazo, ha estado hospitalizada? Si "SI", Cuánto tiempo?	No. DÍAS UN DÍA INCOMPLETO 000 NO 995	251
250	Por qué estuvo hospitalizada? alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN A SANGRADO B HIPERTENSIÓN C ATAQUES O CONVULSIONES. D AMENAZA DE ABORTO. E RUPTURA DE MEMBRANAS. F AGRESIÓN FÍSICA G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
251	Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino o una muerte fetal o nacido muerto? Si "SI", cómo terminó el último de estos embarazos?	PÉRDIDA 1 INTERRUPCIÓN/ABORTO 2 EMBARAZO EXTRAUTERINO (MOLA) 3 MUERTE FETAL INTRAUTERINA 4 NO 5	264
252	En qué mes y año ocurrió la última pérdida, aborto, embarazo extrauterino o nacido muerto?	MES AÑO	
253	alguna de estas pérdidas de embarazo se debió a violencia de la pareja, de la familia o de otras personas? Si "SI", el marido, la familia u otras personas?	SI, MARIDO 1 SI, FAMILIA 2 SI, OTRAS PERSONAS 3 NO 4	
254	VERIFIQUE 252: ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN NOVIEMBRE DE 2004 O MÁS TARDE	ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE NOVIEMBRE DE 2004	263
255	Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando tuvo el último de esos embarazos que terminó en pérdida?	MESES	
256	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
257	Recibió atención por parte de personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, aborto, embarazo extrauterino o nacido muerto?	SI 1 NO 2	260

660 | *Cuestionario Individual*













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 1 SI EL MÉTODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.

LUEGO PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE O RECONOCIDO.

301	Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?	Conoce o ha oído de (MÉTODO)?	302 Ha usado alguna vez el (la) (MÉTODO)?
01	Esterilización Femenina Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	SI..... 1 NO..... 2 	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 (VASECTOMÍA o desconexión del hombre).	SI..... 1 NO..... 2 	Su esposo (compañero) se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	Píldora Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2 	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" de cobre).	SI..... 1 NO..... 2 	SI..... 1 NO..... 2
05	Inyección Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2 	SI..... 1 NO..... 2
06	Implantes (Norplant, Jadelle) Las mujeres pueden mandarse colocar por un doctor o enfermera, tres cápsulas (Jadelle) o seis cápsulas (Norplant) en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	SI..... 1 NO..... 2 	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.	SI..... 1 NO..... 2 	Su esposo/compañero ha usado alguna vez condón? SI..... 1 NO..... 2
08	Espuma, Jalea, Óvulos (Métodos Vaginales) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	SI..... 1 NO..... 2 	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.	SI..... 1 NO..... 2 	VERIFIQUE 201 SI..... 1 NO..... 2
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.	SI..... 1 NO..... 2 	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.	SI..... 1 NO..... 2 	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.	SI..... 1 NO..... 2 	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?	SI..... 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
303	VERIFIQUE 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  PASE A 307 </div>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	Ha usado Ud. o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		332
306	Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301 SI ES NECESARIO)		
307	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que Ud. hizo algo o usó un método para evitar quedar embarazada. Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía Ud. en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	VERIFIQUE 234: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		322
310	Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	322
311	Qué método están usando ustedes? MARQUE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE PARA EL QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES (NORPLANT/JADELLE)..... F CONDÓN..... G ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... H AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... I ABSTINENCIA PERIÓDICA (RITMO)..... J RETIRO..... K OTRO: X (ESPECIFIQUE)	315 313 313 320A 314 320A
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	Cuál es la marca de (PÍLDORA/INYECCIÓN/VAGINALES/CONDÓN) que está usando? (MUESTRE ÁLBUM DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)	a. PÍLDORA: b. INYECCIÓN: c. VAGINALES: d. CONDÓN:	
313	La última vez que obtuvo el método fue pagado por la institución de salud a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4	320A
314	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)	320A
315	En qué sitio tuvo lugar la esterilización?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
316	VERIFIQUE 311/311A: SI ESTÁN MARCADOS "A" Y "B", LAS PREGUNTAS SE HACEN ÚNICAMENTE PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/> Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podía tener (más) hijos a causa de esta operación? Antes de la operación de esterilización le dijeron a su esposo/compañero que no podía tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317	Ud. se ha arrepentido de haber sido operada (que su esposo haya sido operado) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	319
318	Cuál es la razón principal por la cual está arrepentida de haber sido operada (que su esposo haya sido operado)?	DESEA OTRO HIJO..... 1 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 2 EFECTOS COLATERALES..... 3 NIÑO MURIÓ..... 4 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	
319	Cuando Ud. (o su esposo) se mandó esterilizar, el servicio fue pagado por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada(o)? Si "SI", SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4	
320	En qué mes y año la(lo) operaron?	MES.....	
320A	En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	AÑO.....	
321	<p>VERIFIQUE 320 Y 320A:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOVIEMBRE DE 2004 O DESPUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>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</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ANTES DE NOVIEMBRE DE 2004 <input type="checkbox"/></p> <p>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 NOVIEMBRE DE 2004</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">PASE A → 323</p>		
322	<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 NOVIEMBRE DE 2004. 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 QUEDÓ 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>		
323	<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 → 332</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 326</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 335</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE (NORPLANT, JADELLE)..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 → 324A</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 → 324A</p> <p>RETIRO..... 11 → 335</p> <p>OTRO..... 96 → 335</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
324	Dónde obtuvo usted (MÉTODO), cuando comenzó a usarlo?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 4 SUPERMERCADO/TIENDA..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
324A	Dónde aprendió a usar el ritmo/amenorrea por lactancia?	NO SABE..... 8	
325	VERIFIQUE 311/311A: PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE)..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES).... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10	→ 330 → 330 → 331 → 331
326	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?	SI..... 1 NO..... 2	→ 328
327	A Ud. le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas?	SI..... 1 NO..... 2	
328	En el momento de empezar a usar el método, le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?	SI..... 1 NO..... 2	
329	VERIFIQUE 311/311A: PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE)..... 06 CONDÓN..... 07 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES).... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 OTRO..... 96	→ 331 → 331 → 335 → 335
330	Dónde le prescribieron u obtuvo usted (MÉTODO), la última vez?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 4 SUPERMERCADO/TIENDA..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	→ 335 → 335
331	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el (MÉTODO) la última vez. VERIFIQUE 324A=1 a 3 y 325=9 y 10 En una escala de "Excelente", "Bueno", "Regular", o "Malo", cómo le pareció:	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO NO APLICA	
	a. El horario de atención?.....	1 2 3 4 8	→ 335
	b. La orientación sobre métodos de planificación familiar?.....	1 2 3 4 8	
	c. La información recibida sobre el método prescrito?.....	1 2 3 4 8	
	d. La comodidad de la sala de espera?.....	1 2 3 4 8	
	e. La limpieza de la sala de espera?.....	1 2 3 4 8	
	f. El tiempo de espera?.....	1 2 3 4 8	
	g. El trato del personal administrativo?.....	1 2 3 4 8	
	h. El trato del personal de enfermería?.....	1 2 3 4 8	
	i. El trato del médico(a)?.....	1 2 3 4 8	
	j. Las explicaciones del médico(a)?.....	1 2 3 4 8	
	k. El grado de privacidad en la atención?.....	1 2 3 4 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		PASE A
332	Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<p><u>NO EN UNIÓN</u> 11</p> <p><u>RAZONES RELACIONADAS CON EFECUNDIDAD</u></p> <p>NO TIENE RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES 21</p> <p>TIENE RELACIONES SEXUALES CON MUJERES 22</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE 23</p> <p>MENOPAUSIA 24</p> <p>HISTERECTOMÍA 25</p> <p>INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD 26</p> <p>POSPARTO/LACTANCIA 27</p> <p>DESEA MÁS HIJOS 28</p> <p>EMBARAZADA 29</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 → 335</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 TIEMPO 61</p> <p>SERVICIO QUEDA LEJOS 62</p> <p>TRANSPORTE MUY COSTOSO 63</p> <p>SERVICIO MUY COSTOSO 64</p> <p>SERVICIO DE MALA CALIDAD 65</p> <p>FUE PERO NO LA ATENDIERON 66</p> <p>NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS 67</p> <p>MUCHOS TRÁMITES 68</p> <p>NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO 69</p> <p>HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN 70</p> <p>DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS 71</p> <p>DEMORA EN ATENCIÓN EN EL SITIO 72</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS) 73</p> <p>OTRA: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 98</p>	
333	Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → 335</p>	
334	<p>Cuál es ese lugar?</p> <p>Algún otro lugar?</p> <p>MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p>HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD A</p> <p>CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR B</p> <p>PROFAMILIA C</p> <p>DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA D</p> <p>SUPERMERCADO/TIENDA E</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
335	Alguna vez la han obligado a usar un método anticonceptivo en contra de su voluntad?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → 337</p>	
336	<p>Qué persona la obligó?</p> <p>Alguna otra persona?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE</p>	<p>MADRE/PADRE A</p> <p>MADRASTRA/PADRASTRO B</p> <p>EXMARIDO/EXCOMPAÑERO C</p> <p>NOVIO D</p> <p>EXNOVIO E</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO F</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
337	Sabe Ud. que la EPS tienen la obligación de entregar el método anticonceptivo sin copago o cuota moderadora?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	
338	En los últimos 12 meses usted ha sido visitada por un trabajador de salud para planificación familiar?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	
339	En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → 401</p>	
340	En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar para prevenir un embarazo no deseado?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

401	VERIFIQUE 226: UNO O MÁS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> DESDE NOVIEMBRE DE 2004 NINGÚN NACIMIENTO <input type="checkbox"/> DESDE NOVIEMBRE DE 2004 → PASE A 555																							
402	ANOTE EN LA TABLA EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE NOVIEMBRE DE 2004. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIMIENTO (SI HAY MÁS DE DOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL). 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 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>																					
404	DE LA PREGUNTA 213 (VEA NOMBRE) DE LA PREGUNTA 217 (SI ESTA VIVO O MUERTO)	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																					
405	Cuando Ud. quedó embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada en ese momento, quería tenerlo más tarde o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 → 407 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 → 407	EN ESE MOMENTO..... 1 → 443 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 → 443																					
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 MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL..... Y → 417																						
408	Dónde tuvo lugar la atención prenatal?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)																						
409	La atención prenatal que recibió fue pagada por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4																						
410	Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																						
411	Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98																						
412	VERIFIQUE 411: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MAS DE UNA VEZ O NS/NR <input type="checkbox"/> (PASE A 414)																						
413	Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																						
414	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente: a. La pesaron? b. Le midieron la altura uterina? c. Le tomaron la presión arterial? d. Le pidieron una muestra de orina? e. Le tomaron una muestra de sangre? f. Escuchó los latidos del corazón del bebé?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>PESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALTURA UTERINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE SANGRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS DEL CORAZÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>			SI	NO	PESO.....	1	2	ALTURA UTERINA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	MUESTRA DE ORINA.....	1	2	MUESTRA DE SANGRE.....	1	2	LATIDOS DEL CORAZÓN.....	1	2
	SI	NO																						
PESO.....	1	2																						
ALTURA UTERINA.....	1	2																						
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																						
MUESTRA DE ORINA.....	1	2																						
MUESTRA DE SANGRE.....	1	2																						
LATIDOS DEL CORAZÓN.....	1	2																						
415	Le explicaron acerca de las complicaciones físicas y de los cambios emocionales que se pueden presentar en el embarazo? Si "SI" PREGUNTE: Acerca de las complicaciones físicas o acerca de los cambios emocionales?	COMPLICACIONES FÍSICAS..... A CAMBIOS EMOCIONALES..... B NINGUNA..... C NO RECUERDA..... Z → 418																						

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____
416	Le dijeron a dónde ir si llegaba a presentar estas complicaciones o cambios emocionales?	SI..... 1 NO..... 2 → 418 NO RECUERDA..... 8	
417	Por qué no se hizo control del embarazo? Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	FALTA DE TIEMPO..... A SERVICIO QUEDA LEJOS..... B TRANSPORTE MUY COSTOSO..... C SERVICIO MUY COSTOSO..... D SERVICIO DE MALA CALIDAD..... E FUE PERO NO LA ATENDIERON..... F NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... G MUCHOS TRÁMITES..... H NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... I INSEGURIDAD..... J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITA..... L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SIT..... M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RCI)..... N ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ..... O PADRES NO LA DEJARON..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
418	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 → 420 NO SABE..... 8	
419	Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna? ESCRIBA 7 SI SON 7 O MÁS DOSIS	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
420	Durante este embarazo, le prescribieron hierro?	SI..... 1 NO..... 2 → 423 NO SABE..... 8	
421	La institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada le entregó el hierro?	SI..... 1 NO..... 2 → 423 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 3	
422	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó hierro?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
423	Durante este embarazo, le prescribieron suplementos de calcio?	SI..... 1 NO..... 2 → 426 NO SABE..... 8	
424	La institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada le entregó el suplemento de calcio?	SI..... 1 NO..... 2 → 426 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 3	
425	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó suplementos de calcio?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
426	Durante este embarazo le prescribieron ácido fólico?	SI..... 1 NO..... 2 → 430 NO SABE..... 8	
427	La institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada le entregó el ácido fólico?	SI..... 1 NO..... 2 → 430 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 3	
428	Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó ácido fólico?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
430	Durante este embarazo, usted consumió bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2 → 432	
431	Cuántos tragos se tomaba a la semana?	No. DE TRAGOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____
432	Durante este embarazo, usted fumó?	SI..... 1 NO..... 2 → 434	
433	Cuántos cigarrillos se fumaba al día?	No. DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	Durante este embarazo, Ud. consumió sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis, etc.,?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8 → 437	
435	Qué sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis consumió? Alguna otra sustancia? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MARIHUANA..... A BAZUCO..... B COCAÍNA..... C OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
436	Con qué frecuencia consumió la sustancia que más ha utilizado?	DIARIO..... 1 SEMANAL..... 2 QUINCENAL..... 3 MENSUAL..... 4 DE VEZ EN CUANDO..... 5 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... 8	
437	Durante este embarazo, tomó algún medicamento contra el paludismo o la malaria?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 439	
438	Qué medicamento fue ese? Algun otro medicamento? MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
439	Durante el embarazo de (NOMBRE), estuvo hospitalizada? Si, Si, Cuánto tiempo?	MENOS DE 1 DÍA..... 000 No. DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO..... 995 → 441	
440	Por qué estuvo hospitalizada? Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F VIOLENCIA INTRAFAMILIAR..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
441	Dónde tuvo lugar el parto?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... 2 PROPIO HOGAR / OTRO HOGAR..... 3 → 445 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
442	El parto fue pagado por la institución de salud a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4	
443	(NOMBRE) nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 → 446	SI..... 1 NO..... 2 → 446
444	La cesárea fue por urgencia o programada?	URGENCIA..... 1 PROGRAMADA..... 2 → 446	URGENCIA..... 1 PROGRAMADA..... 2 → 446

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____																											
445	Por qué no tuvo el parto en algún hospital o servicio de salud? alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	SERVICIO QUEDA LEJOS..... A TRANSPORTE MUY COSTOSO..... B SERVICIO MUY COSTOSO..... C SERVICIO DE MALA CALIDAD..... D FUE PERO NO LA ATENDIERON..... E NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... F MUCHOS TRÁMITES..... G NO SABE DONDE PRESTAN EL SERV..... H INSEGURIDAD..... I DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SIT..... J NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RCM)..... K ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ..... L PADRES NO LA DEJARON..... M RAZONES CULTURALES..... N OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																												
446	Quién le atendió el parto de (NOMBRE)? Alguien más? TRATE DE CONSEGUIR EL TIPO DE PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y MARQUE 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																											
447	En el momento del nacimiento de (NOMBRE), usted tuvo alguna de las siguientes complicaciones: 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?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>LABOR PROLONGADA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANGRADO EXCESIVO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIEBRE CON SANGRADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRA:.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> (ESPECIFIQUE)		SI	NO	LABOR PROLONGADA.....	1	2	SANGRADO EXCESIVO.....	1	2	PIEBRE CON SANGRADO.....	1	2	CONVULSIONES.....	1	2	OTRA:.....	1	2										
	SI	NO																												
LABOR PROLONGADA.....	1	2																												
SANGRADO EXCESIVO.....	1	2																												
PIEBRE CON SANGRADO.....	1	2																												
CONVULSIONES.....	1	2																												
OTRA:.....	1	2																												
448	(NOMBRE) nació prematuro?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																											
449	Cuántas semanas de embarazo tenía Ud. cuando nació (NOMBRE)?	No. DE SEMANAS. <input type="text"/> <input type="text"/>	No. DE SEMANAS. <input type="text"/> <input type="text"/>																											
450	A (NOMBRE) lo pesaron cuando nació?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 452	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 452																											
451	Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE NACIMIENTO	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 99998																											
452	A (NOMBRE) lo midieron cuando nació?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 454	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 458																											
453	Cuánto midió (NOMBRE) al nacer?	CENTÍMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	CENTÍMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98																											
454	A los cuántos días o semanas después del nacimiento, (NOMBRE) tuvo su 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																												
455	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, tuvo usted alguno de los siguientes problemas: a. Sangrado intenso de la vagina?..... b. Desmayo o pérdida de conciencia?..... c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?..... d. Infección de los senos?..... e. Dolor y ardor al orinar?..... f. Flujos o líquidos vaginales?..... g. Pérdida involuntaria de orina?..... h. Depresión posparto?.....	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SANGRADO INTENSO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DESMAYO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIEBRE O ESCALOFRÍOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INFECCIÓN DE LOS SENOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DOLOR AL ORINAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FLUJOS VAGINALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PÉRDIDA ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DEPRESIÓN POSPARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	SANGRADO INTENSO.....	1	2	DESMAYO.....	1	2	PIEBRE O ESCALOFRÍOS.....	1	2	INFECCIÓN DE LOS SENOS.....	1	2	DOLOR AL ORINAR.....	1	2	FLUJOS VAGINALES.....	1	2	PÉRDIDA ORINA.....	1	2	DEPRESIÓN POSPARTO.....	1	2	
	SI	NO																												
SANGRADO INTENSO.....	1	2																												
DESMAYO.....	1	2																												
PIEBRE O ESCALOFRÍOS.....	1	2																												
INFECCIÓN DE LOS SENOS.....	1	2																												
DOLOR AL ORINAR.....	1	2																												
FLUJOS VAGINALES.....	1	2																												
PÉRDIDA ORINA.....	1	2																												
DEPRESIÓN POSPARTO.....	1	2																												

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____
456	VERIFIQUE 455:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 458)	
457	Cuando tuvo esa(s) complicacion(es) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2	
458	Tuvo Ud. algún control médico después del parto de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 463	SI..... 1 NO..... 2 → 465
459	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	
460	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)	
461	Dónde tuvo lugar este chequeo?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
462	Este chequeo fue pagado por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4 PASE A 464	
463	Por qué no se hizo control después del parto? Por alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	SERVICIO QUEDA LEJOS..... A TRANSPORTE MUY COSTOSO..... B SERVICIO MUY COSTOSO..... C SERVICIO DE MALA CALIDAD..... D FUE PERO NO LA ATENDIERON..... E NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... F MUCHOS TRÁMITES..... G NO SABE DONDE PRESTAN EL SERV..... H INSEGURIDAD..... I DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... J NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RCRS)..... K ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ... L PADRES NO LA DEJARON..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
464	Le ha vuelto la regla (el período) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 → 466 NO..... 2 → 467	
465	Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 → 469
466	A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98
467	VERIFIQUE 234: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	234=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 234=1,8 EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 469)	
468	Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 470	
469	Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	<p>ÚLTIMO NACIDO VIVO</p> <p>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>	<p>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</p> <p>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>
470	A usted le dieron el certificado de nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
471	El nacimiento de (NOMBRE) fue registrado?	SI..... 1 NO..... 2 → 473	SI..... 1 NO..... 2 → 473
472	En qué lugar fue registrado (NOMBRE)?	REGISTRADURÍA..... 1 NOTARÍA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICÍA..... 3 CORREGIDURÍA..... 4 CONSULADO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←	REGISTRADURÍA..... 1 NOTARÍA..... 2 INSPECCIÓN DE POLICÍA..... 3 CORREGIDURÍA..... 4 CONSULADO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←
473	Cuál es la razón principal por la cual no ha registrado el nacimiento de (NOMBRE)?	CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 PADRE LA ABANDONÓ/ESTÁ AUSENTE/ NO HA QUERIDO RECONOCERLO..... 03 PADRES NO TIENEN PAPELES..... 04 FALTA DE TIEMPO..... 05 PROBLEMAS DE LA NOTARÍA..... 06 PROBLEMAS DE LA REGISTRADURÍA..... 07 NIÑO MUY PEQUEÑO..... 08 NIÑO MURIÓ..... 09 FALTA CERTIFICADO DE NACIMIENTO..... 10 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE DONDE SE REGISTRA..... 98	CUESTA MUCHO..... 01 MUY LEJOS SITIO DE REGISTRO..... 02 PADRE LA ABANDONÓ/ESTÁ AUSENTE/ NO HA QUERIDO RECONOCERLO..... 03 PADRES NO TIENEN PAPELES..... 04 FALTA DE TIEMPO..... 05 PROBLEMAS DE LA NOTARÍA..... 06 PROBLEMAS DE LA REGISTRADURÍA..... 07 NIÑO MUY PEQUEÑO..... 08 NIÑO MURIÓ..... 09 FALTA CERTIFICADO DE NACIMIENTO..... 10 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE DONDE SE REGISTRA..... 98
474	Sabe usted cómo registrar el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
475	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 482)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 482)
476	(NOMBRE) está inscrito en el Programa de Crecimiento y Desarrollo o control del niño sano?	SI..... 1 NO..... 2 → 482	SI..... 1 NO..... 2 → 482
477	Tiene usted el carné del Programa de Crecimiento y Desarrollo de (NOMBRE)? Si "SI", me permite verlo por favor?	SI, VISTO..... 1 SI, NO VISTO..... 2 SIN CARNÉ..... 3	SI, VISTO..... 1 SI, NO VISTO..... 2 SIN CARNÉ..... 3
478	Hace cuánto tiempo fue la última vez que (NOMBRE) asistió a consulta de control o valoración de crecimiento y desarrollo?	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 480) ← NUNCA HA ASISTIDO..... 995 NO SABE..... 998 (PASE A 482) ←	DIAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 480) ← NUNCA HA ASISTIDO..... 995 NO SABE..... 998 (PASE A 482) ←
479	Cuántas veces en los últimos 12 meses (NOMBRE) asistió a consultas de control o valoración de crecimiento y desarrollo?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
480	Durante los controles (NOMBRE) recibió algún medicamento para los parásitos intestinales o lombrices?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
481	Durante los controles (NOMBRE) recibió hierro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
482		REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 483	REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 483

SECCIÓN 4C. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

483	VERIFIQUE 216: AÑO DE NACIMIENTO ÚLTIMO NIÑO NACIDO VIVO MENOR DE 5 AÑOS <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ÚLTIMO NACIMIENTO DESDE NOVIEMBRE DE 2004 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NINGÚN NACIMIENTO NOVIEMBRE DE 2004 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: right;"> 555 </div> </div>						
484	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO DESDE NOVIEMBRE DE 2004. HAGA LAS PREGUNTAS PARA ESTE NACIMIENTO. SI SON GEMELOS O MELLIZOS HAGA LAS PREGUNTAS PARA LOS DOS NIÑOS						
485	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">ÚLTIMO NACIDO VIVO</th><th style="width: 60%;">GEMELO/MELLIZO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr> <td>NOMBRE _____</td><td>NOMBRE _____</td></tr> </tbody> </table>	ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO	NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOMBRE _____	NOMBRE _____
ÚLTIMO NACIDO VIVO	GEMELO/MELLIZO						
NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NÚMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>						
NOMBRE _____	NOMBRE _____						
486	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Le dio pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)? ESTA PREGUNTA HACERLA TODOS LOS MENORES DE 5 AÑOS </td><td style="width: 60%;"> SI..... 1 → 488 NO..... 2 </td></tr> </tbody> </table>	Le dio pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)? ESTA PREGUNTA HACERLA TODOS LOS MENORES DE 5 AÑOS	SI..... 1 → 488 NO..... 2				
Le dio pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)? ESTA PREGUNTA HACERLA TODOS LOS MENORES DE 5 AÑOS	SI..... 1 → 488 NO..... 2						
487	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Cuál fue la principal razón por la cual no le dio pecho a (NOMBRE)? </td><td style="width: 60%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td><td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td></tr> </table> </td></tr> </tbody> </table>	Cuál fue la principal razón por la cual no le dio pecho a (NOMBRE)?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td><td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td></tr> </table>	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)		
Cuál fue la principal razón por la cual no le dio pecho a (NOMBRE)?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td><td style="width: 50%;"> MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A) </td></tr> </table>	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)				
MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA PEZÓN..... 05 NO LE BAJÓ LECHE..... 06 NIÑO REHUSÓ..... 07 MADRE TENÍA QUE TRABAJAR..... 08 SE LE PONÍAN FEOS LOS SENOS..... 09 SE AFECTA LA SEXUALIDAD CON SU CÓNYUGE/COMPAÑERO..... 10 ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499A)						
488	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho? INMEDIATAMENTE, MARQUE "000" SI MENOS DE UNA HORA, MARQUE "995". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS. </td><td style="width: 60%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td><td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td></tr> </table> </td></tr> </tbody> </table>	Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho? INMEDIATAMENTE, MARQUE "000" SI MENOS DE UNA HORA, MARQUE "995". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td><td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td></tr> </table>	INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		
Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) lo puso Ud. al pecho? INMEDIATAMENTE, MARQUE "000" SI MENOS DE UNA HORA, MARQUE "995". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td><td style="width: 50%;"> INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td></tr> </table>	INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				
INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	INMEDIATAMENTE.....000 MENOS DE UNA HORA.....995 HORAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> DÍAS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>						
489	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> VERIFIQUE 441: NIÑO NACIO EN INSTITUCIÓN DE SALUD? </td><td style="width: 60%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 441= 1 o 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> OTRA RESPUESTA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div> </td></tr> </tbody> </table>	VERIFIQUE 441: NIÑO NACIO EN INSTITUCIÓN DE SALUD?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 441= 1 o 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> OTRA RESPUESTA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div>				
VERIFIQUE 441: NIÑO NACIO EN INSTITUCIÓN DE SALUD?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 441= 1 o 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> OTRA RESPUESTA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 491) </div> </div>						
490	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Recibió asesoría por parte del personal de salud de cómo iniciar la práctica de la lactancia materna al momento del nacimiento de (NOMBRE) o al primero o segundo día durante su estadía en la institución de salud? </td><td style="width: 60%;"> SI..... 1 NO..... 2 </td></tr> </tbody> </table>	Recibió asesoría por parte del personal de salud de cómo iniciar la práctica de la lactancia materna al momento del nacimiento de (NOMBRE) o al primero o segundo día durante su estadía en la institución de salud?	SI..... 1 NO..... 2				
Recibió asesoría por parte del personal de salud de cómo iniciar la práctica de la lactancia materna al momento del nacimiento de (NOMBRE) o al primero o segundo día durante su estadía en la institución de salud?	SI..... 1 NO..... 2						
491	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> En los primeros 3 días después del parto, alguien le dio a (NOMBRE) algo para beber, distinto a la leche materna o calostro? </td><td style="width: 60%;"> SI..... 1 NO..... 2 → 493 </td></tr> </tbody> </table>	En los primeros 3 días después del parto, alguien le dio a (NOMBRE) algo para beber, distinto a la leche materna o calostro?	SI..... 1 NO..... 2 → 493				
En los primeros 3 días después del parto, alguien le dio a (NOMBRE) algo para beber, distinto a la leche materna o calostro?	SI..... 1 NO..... 2 → 493						
492	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Qué bebida le dieron a (NOMBRE) distinto de la leche materna o calostro? Algo más? MARQUE TODOS LOS LÍQUIDOS QUE MENCIONE </td><td style="width: 60%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td><td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td></tr> </table> </td></tr> </tbody> </table>	Qué bebida le dieron a (NOMBRE) distinto de la leche materna o calostro? Algo más? MARQUE TODOS LOS LÍQUIDOS QUE MENCIONE	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td><td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td></tr> </table>	LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)		
Qué bebida le dieron a (NOMBRE) distinto de la leche materna o calostro? Algo más? MARQUE TODOS LOS LÍQUIDOS QUE MENCIONE	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td><td style="width: 50%;"> LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE) </td></tr> </table>	LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)				
LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	LECHE EN POLVO..... A LECHE LÍQUIDA (NO EN POLVO)..... B AGUA SOLAMENTE..... C AGUA CON AZÚCAR..... D AGUA DE PANELA..... E SUERO CASERO (AGUA, SAL, AZÚCAR)..... F SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL..... G JUGO DE FRUTA..... H TE/AROMÁTICA..... I OTRO..... X (ESPECIFIQUE)						
493	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO? </td><td style="width: 60%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> </div> </td></tr> </tbody> </table>	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> </div>				
VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ↓ (PASE A 498) </div> </div>						
494	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)? </td><td style="width: 60%;"> SI..... 1 NO..... 2 → 498 </td></tr> </tbody> </table>	Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 498				
Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 498						
495	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO </td><td style="width: 60%;"> NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td></tr> </tbody> </table>	Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				
Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) durante el día de ayer (6 a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>						
496	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"> Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) desde ayer al anochecer hasta hoy al amanecer (6 p.m a 6 a.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO </td><td style="width: 60%;"> NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td></tr> </tbody> </table>	Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) desde ayer al anochecer hasta hoy al amanecer (6 p.m a 6 a.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				
Cuántas veces le dio pecho (leche materna) a (NOMBRE) desde ayer al anochecer hasta hoy al amanecer (6 p.m a 6 a.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>						

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	GEMELO/MELLIZO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
497	Se le ha presentado algún problema para amamantar a (NOMBRE)? Si, SiCuál?	MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 1 PROBLEMA DE PEZÓN..... 2 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 3 ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO HA TENIDO PROBLEMAS..... 7 PASE A 499A ←	MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 1 PROBLEMA DE PEZÓN..... 2 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 3 ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO HA TENIDO PROBLEMAS..... 7 PASE A 499A ←
498	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle pecho (leche materna) completamente? ESTA PREGUNTA HACERLA TODOS LOS MENORES DE 5 AÑOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499	Cuál fue la razón principal por la cual dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DÉBIL..... 01 MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 02 NIÑO ENFERMO/DÉBIL..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 05 PROBLEMA PEZÓN..... 06 SE LE ACABÓ LA LECHE..... 07 MADRE TRABAJANDO..... 08 NIÑO REHUSÓ..... 09 EDAD DE DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DÉBIL..... 01 MASTITIS (INF. EN EL SENO)..... 02 NIÑO ENFERMO/DÉBIL..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 05 PROBLEMA PEZÓN..... 06 SE LE ACABÓ LA LECHE..... 07 MADRE TRABAJANDO..... 08 NIÑO REHUSÓ..... 09 EDAD DE DESTETE..... 10 QUEDÓ EMBARAZADA..... 11 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
499A	Usted recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna?	SI..... 1 NO..... 2 → 499D	
499B	En esta capacitación (charla) le hablaron sobre los siguientes temas: a. Beneficios de la lactancia materna madre-hijo?..... b. Posición adecuada para lactar?..... c. Por qué o cómo se produce la leche?..... d. Problemas durante el amamantamiento?..... e. Cómo se debe iniciar la lactancia y duración de la misma?..... f. Extracción manual de la leche?.....	<div style="text-align: center;">SI NO</div> BENEFICIOS..... 1 2 POSICIÓN ADECUADA..... 1 2 PRODUCCIÓN DE LA LECHE..... 1 2 PROBLEMAS..... 1 2 INICIO/DURACIÓN..... 1 2 EXTRACCIÓN MANUAL..... 1 2	
499C	En qué lugar recibió la capacitación?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 ICBF..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 499E) ←	
499D	Por qué no recibió usted capacitación sobre lactancia materna? Por alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	YA SABÍA SOBRE LACTANCIA..... A NO SABÍA SOBRE LA CHARLA..... B NO TENÍA QUIÉN CUIDARA LOS NIÑOS..... C HORARIOS NO LE SIRVEN..... D SERVICIO QUEDA LEJOS..... E TRANSPORTE MUY COSTOSO..... F SERVICIO MUY COSTOSO..... G SERVICIO DE MALA CALIDAD..... H FUE PERO NO LA ATENDIERON..... I NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... J MUCHOS TRÁMITES..... K NO SABEDONDE PRESTAN EL SERVICIO..... L INSEGURIDAD..... M DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... N NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS)..... O ESPOSO/COMPAÑERO NO LA DEJÓ..... P OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
499E	VERIFIQUE 216: AÑO DE NACIMIENTO	NOVIEMBRE DE 2006 O DESPUÉS <input type="text"/> ANTES NOVIEMBRE DE 2006 <input type="text"/> (REGRESE A 486 EN LA SIG. COLUMNA, SI NO HAY UN MELLIZO/GEMELO PASE A 501)	NOVIEMBRE DE 2006 O DESPUÉS <input type="text"/> ANTES NOVIEMBRE DE 2006 <input type="text"/> (PASE A 501)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	GEMELO/MELLIZO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
499E1	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez líquidos como agua, jugo, caldo u otra leche distinta a leche materna?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 486 EN SIG. COLUMNA SI NO HAY GEMELO/MELLIZO PASE A 501) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 501) NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499F	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez alimentos blandos (semisólidos) como: papilla, puré, compota o sopa espesa?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 499H) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 (PASE A 499H) NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499G	Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le recibió por primera vez seco y alimentos sólidos?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÚN NO LE HAN INICIADO..... 95 NIÑO MURIÓ ANTES DE INICIARLE OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN..... 97 NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499H	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 486 EN LA SIG. COLUMNA, SI NO HAY UN MELLIZO/GEMELO PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 501)
499H1	VERIFIQUE 499F: AÚN NO LE HA INICIADO ALIMENTACIÓN	499F= 95 <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 499L) OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓	499F= 95 o 499F= 97 <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 499L) OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓
499I	Cuántas veces le dio de comer alimentos o preparaciones sólidas, semisólidas o blandas a (NOMBRE) durante el día y la noche de ayer? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
499L	En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón? ESTA PREGUNTA HACERLA TODOS LOS MENORES DE 5	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
499M	Alguien acompaña a (NOMBRE) cuando come?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO		GEMELO/MELLIZO	
		NÚMERO DE ORDEN		NÚMERO DE ORDEN	
		NOMBRE		NOMBRE	
4990	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos, alimentos y comidas preparadas, que (NOMBRE) consumió el día de ayer (día y noche).				
	PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO A.				
	HAGA LA PREGUNTA B, PARA LOS ALIMENTOS con "1" EN COLUMNA "A"				
	a. Agua sola?.....	SI	NO NS		
	b. Leche en polvo para bebé?.....	SI	NO NS		
	c. Cualquier otra leche?.....	SI	NO NS		
	d. Jugo de frutas?.....	SI	NO NS		
	e. Chocolate y agua de panela?.....	SI	NO NS		
	f. Otros líquidos como té, café, caldo, aromática, gaseosa?.....	SI	NO NS		
	g. Queso, kumis, yogurt, suero costeño, alpinito?.....	SI	NO NS		
	h. Huevo?.....	SI	NO NS		
	i. Carnes rojas (carne de res, vísceras, chivo, cuy)?.....	SI	NO NS		
	j. Carnes blancas (pollo, cerdo, conejo)?.....	SI	NO NS		
	k. Pescados (pescado, mariscos, sardinas, atún)?.....	SI	NO NS		
	l. Otros productos cármicos industrializados (salchicha, salchichón, mortadela, jamón)?.....	SI	NO NS		
	m. Cereales (arroz, maíz, trigo, pan, pastas, arepa, galleta, avena, cebada, harina de 7 granos, maizena)?.....	SI	NO NS		
	n. Cereales infantiles (papilla de arroz, maíz, tres cereales)?.....	SI	NO NS		
	o. Leguminosas o granos secos (frijol, arveja seca, garbanzo, lenteja, soya, maní, habas)?.....	SI	NO NS		
	p. Bienestarina (en colada u otras preparaciones)?.....	SI	NO NS		
	q. Otras mezclas vegetales?.....	SI	NO NS		
	r. Tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha, plátano)?.....	SI	NO NS		
	s. Verdura amarilla (ahuyama, zanahoria)?.....	SI	NO NS		
	t. Verdura verde oscuro (espinaca, acelga)?.....	SI	NO NS		
	u. Otras verduras (lechuga, arveja verde, cubios, habichuela, brócoli, etc)?.....	SI	NO NS		
	v. Frutas amarillas maduras (mango, papaya, zapote, chontaduro)?.....	SI	NO NS		
	w. Otras frutas (guayaba, naranja, granadilla, manzana, banano, etc)?.....	SI	NO NS		
	x. Grasas y aceites (aceite, manteca, margarina, mantequilla o cualquier otro alimento preparado con ellos)?.....	SI	NO NS		
	y. Dulces (azúcar, panela como endulzante, miel, bocadillo, mermelada, manjar blanco)?.....	SI	NO NS		
	z. Sal y condimentos (sal, caldos de cubo, achioté, comino, pimienta)?.....	SI	NO NS		
499P		REGRESE A 485 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SIHAY UN GEMELO/MELLIZO SINO PASE A 501		REGRESE A 485 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SIHAY UN GEMELO/MELLIZO SINO PASE A 501	

SECCIÓN 5: INMUNIZACIÓN Y SALUD

501	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE NOVIEMBRE DE 2004. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL).																																																																																																																																																																																		
502	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN 	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN 																																																																																																																																																																																
503	DE 213, ANOTE EL NOMBRE DE 217, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 553) </div> </div>	NOMBRE _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 553) </div> </div>																																																																																																																																																																																
504	Tiene usted el carné de vacunación de (NOMBRE)?	SI, VISTO..... 1 → 506 SI, NO VISTO..... 2 → 508 SIN CARNÉ..... 3	SI, VISTO..... 1 → 506 SI, NO VISTO..... 2 → 508 SIN CARNÉ..... 3																																																																																																																																																																																
505	Tuvo usted alguna vez un carné de vacunación para (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 508	SI..... 1 NO..... 2 → 508																																																																																																																																																																																
506	1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI EL CARNÉ MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA PERO NO HAY FECHAS O SI LA FECHA ES ANTERIOR AL NACIMIENTO. SI HAY FECHAS PARA "DPT" Y HAY EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO RECIBIÓ "POLIO" (RECIBIÓ GOTITAS EN LA BOCA), UTILICE LAS MISMAS FECHAS QUE PARA "DPT".																																																																																																																																																																																		
	BCG POLIO 0 (Recién nacido) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 PENTAVALENTE 1 PENTAVALENTE 2 PENTAVALENTE 3 ANTIHEPATITIS B0 (Recién nacido) ANTIHEPATITIS B1 ANTIHEPATITIS B2 ANTIHEPATITIS B3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 SARAMPIÓN TRIPLE VIRAL (MMR) ANTIHEMOFILUS HIB 1 ANTIHEMOFILUS HIB 2 ANTIHEMOFILUS HIB 3 FIEBRE AMARILLA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG				P0				P1				P2				P3				PV1				PV2				PV3				B0				B1				B2				B3				D1				D2				D3				S				T				H1				H2				H3				FA				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PV3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG				P0				P1				P2				P3				PV1				PV2				PV3				B0				B1				B2				B3				D1				D2				D3				S				T				H1				H2				H3				FA			
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																
BCG																																																																																																																																																																																			
P0																																																																																																																																																																																			
P1																																																																																																																																																																																			
P2																																																																																																																																																																																			
P3																																																																																																																																																																																			
PV1																																																																																																																																																																																			
PV2																																																																																																																																																																																			
PV3																																																																																																																																																																																			
B0																																																																																																																																																																																			
B1																																																																																																																																																																																			
B2																																																																																																																																																																																			
B3																																																																																																																																																																																			
D1																																																																																																																																																																																			
D2																																																																																																																																																																																			
D3																																																																																																																																																																																			
S																																																																																																																																																																																			
T																																																																																																																																																																																			
H1																																																																																																																																																																																			
H2																																																																																																																																																																																			
H3																																																																																																																																																																																			
FA																																																																																																																																																																																			
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																
BCG																																																																																																																																																																																			
P0																																																																																																																																																																																			
P1																																																																																																																																																																																			
P2																																																																																																																																																																																			
P3																																																																																																																																																																																			
PV1																																																																																																																																																																																			
PV2																																																																																																																																																																																			
PV3																																																																																																																																																																																			
B0																																																																																																																																																																																			
B1																																																																																																																																																																																			
B2																																																																																																																																																																																			
B3																																																																																																																																																																																			
D1																																																																																																																																																																																			
D2																																																																																																																																																																																			
D3																																																																																																																																																																																			
S																																																																																																																																																																																			
T																																																																																																																																																																																			
H1																																																																																																																																																																																			
H2																																																																																																																																																																																			
H3																																																																																																																																																																																			
FA																																																																																																																																																																																			
507	(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña de vacunación? MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, SARAMPIÓN, TRIPLE VIRAL, ANTIHEPATITIS B 0-3, ANTIHEMOFILUS Y/O PENTAVALENTE	SI..... 1 → (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) → PASE A 525 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 525	SI..... 1 → (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) → PASE A 525 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 525																																																																																																																																																																																
508	Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campaña de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 526	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 526																																																																																																																																																																																

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____
509	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
510	Recibió (NOMBRE) una vacuna contra el Polio , esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 513	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 513
511	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
512	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra el Polio?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
513	Recibió (NOMBRE) la vacuna Pentavalente , que protege contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y hemófilos influenza, que es una inyección que se coloca en el muslo cada vez le dan gotas de polio (2-4-6 meses)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 515	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 515
514	Cuántas veces le dieron la vacuna Pentavalente a (NOMBRE)?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
515	Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la Hepatitis B , que es una inyección que se pone en la pierna o en el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 518	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 518
516	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
517	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra la Hepatitis B?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
518	Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT , que es una inyección contra la tosferina, tétanos y difteria que se pone en la pierna o en el brazo cada vez que le dan las gotitas de polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 520	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 520
519	Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la DPT?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
520	Recibió (NOMBRE) una inyección contra el Sarampión ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
521	Recibió (NOMBRE) la vacuna Triple Viral contra sarampión, rubéola y parotiditis, 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
522	Recibió (NOMBRE) la vacuna Antihemofilius , que es para evitar la bacteria causante de neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 524	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 524
523	Cuántas veces recibió (NOMBRE) la vacuna Antihemofilius?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
524	Recibió (NOMBRE) la vacuna contra la Fiebre Amarilla , que es una enfermedad viral del hígado transmitida por mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
525	Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante el último año fueron parte de alguna campaña de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
526	(NOMBRE) ha tenido fiebre en los últimos 15 días, o sea desde . . hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 529	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 529
527	Tomó (NOMBRE) algún medicamento contra la fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 529	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 529

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____																																																																																								
528	<p>Qué medicamentos tomó (NOMBRE)?</p> <p>Algún otro medicamento?</p> <p>MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE MENCIONE</p>	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D ASPIRINA..... E ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F IBUPROFENO (ADVL)..... G OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D ASPIRINA..... E ACETAMINOFEN (DOLEX)..... F IBUPROFENO (ADVL)..... G OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																																																																																								
529	<p>(NOMBRE) ha tenido alguno de los siguientes síntomas o dolencias en los últimos 15 días, o sea desde... hasta ayer:</p> <p>a. Tos?.....</p> <p>b. Nariz tapada/moco líquido?.....</p> <p>c. Dolor de garganta?.....</p> <p>d. Ronquera?.....</p> <p>e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....</p> <p>f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....</p> <p>g. Respiración corta y rápida?.....</p> <p>h. Respiración difícil?.....</p> <p>i. Labios azules o morados?.....</p> <p>j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tos?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. Nariz tapada/moco líquido?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. Dolor de garganta?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. Ronquera?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. Respiración corta y rápida?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. Respiración difícil?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. Labios azules o morados?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	a. Tos?.....	1	2	8	b. Nariz tapada/moco líquido?.....	1	2	8	c. Dolor de garganta?.....	1	2	8	d. Ronquera?.....	1	2	8	e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....	1	2	8	f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....	1	2	8	g. Respiración corta y rápida?.....	1	2	8	h. Respiración difícil?.....	1	2	8	i. Labios azules o morados?.....	1	2	8	j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tos?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. Nariz tapada/moco líquido?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. Dolor de garganta?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. Ronquera?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. Respiración corta y rápida?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. Respiración difícil?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. Labios azules o morados?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	a. Tos?.....	1	2	8	b. Nariz tapada/moco líquido?.....	1	2	8	c. Dolor de garganta?.....	1	2	8	d. Ronquera?.....	1	2	8	e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....	1	2	8	f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....	1	2	8	g. Respiración corta y rápida?.....	1	2	8	h. Respiración difícil?.....	1	2	8	i. Labios azules o morados?.....	1	2	8	j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....	1	2	8
	SI	NO	NS																																																																																								
a. Tos?.....	1	2	8																																																																																								
b. Nariz tapada/moco líquido?.....	1	2	8																																																																																								
c. Dolor de garganta?.....	1	2	8																																																																																								
d. Ronquera?.....	1	2	8																																																																																								
e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....	1	2	8																																																																																								
f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....	1	2	8																																																																																								
g. Respiración corta y rápida?.....	1	2	8																																																																																								
h. Respiración difícil?.....	1	2	8																																																																																								
i. Labios azules o morados?.....	1	2	8																																																																																								
j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....	1	2	8																																																																																								
	SI	NO	NS																																																																																								
a. Tos?.....	1	2	8																																																																																								
b. Nariz tapada/moco líquido?.....	1	2	8																																																																																								
c. Dolor de garganta?.....	1	2	8																																																																																								
d. Ronquera?.....	1	2	8																																																																																								
e. Dificultad para tragar o alimentarse?.....	1	2	8																																																																																								
f. Dolor de oídos o secreciones del oído?.....	1	2	8																																																																																								
g. Respiración corta y rápida?.....	1	2	8																																																																																								
h. Respiración difícil?.....	1	2	8																																																																																								
i. Labios azules o morados?.....	1	2	8																																																																																								
j. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar?.....	1	2	8																																																																																								
530	En los últimos 15 días (NOMBRE) tuvo algún otro malestar o dolencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																								
531	<p>VERIFIQUE 526, 529 Y 530:</p> <p>SI HAY ALGÚN "SI" EN FIEBRE, TOS U OTRO MALESTAR</p>	526=1o 529 = ALGÚN 1o 530=1 <input type="checkbox"/> (PASE A 536)	526=1o 529 = ALGÚN 1o 530=1 <input type="checkbox"/> (PASE A 536)																																																																																								
532	Buscó usted consejo o tratamiento cuando estuvo enfermo (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 535	SI..... 1 NO..... 2 → 535																																																																																								
533	<p>Dónde buscó usted consejo o tratamiento?</p> <p>En algún otro sitio?</p> <p>MARQUE TODOS LOS SITIOS QUE MENCIONE</p>	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B PROFAMILIA..... C DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... D TIENDA/SUPERMERCADO..... E CURANDERO/YERBATERO..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) (PASE A 536)	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B PROFAMILIA..... C DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... D TIENDA/SUPERMERCADO..... E CURANDERO/YERBATERO..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) (PASE A 536)																																																																																								
534	<p>Este tratamiento fue pagado por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliado (NOMBRE)?</p> <p>Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?</p>	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADO..... 4 (PASE A 536)	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADO..... 4 (PASE A 536)																																																																																								
535	<p>Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	CASO LEVE..... A FALTA DE TIEMPO..... B SERVICIO QUEDA LEJOS..... C TRANSPORTE MUY COSTOSO..... D SERVICIO MUY COSTOSO..... E SERVICIO DE MALA CALIDAD..... F FUE PERO NO LO ATENDIERON..... G NO CONFÍA EN MÉDICOS..... H MUCHOS TRÁMITES..... I NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... N OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)	CASO LEVE..... A FALTA DE TIEMPO..... B SERVICIO QUEDA LEJOS..... C TRANSPORTE MUY COSTOSO..... D SERVICIO MUY COSTOSO..... E SERVICIO DE MALA CALIDAD..... F FUE PERO NO LO ATENDIERON..... G NO CONFÍA EN MÉDICOS..... H MUCHOS TRÁMITES..... I NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... N OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																																																								

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____																																																																
536	(NOMBRE) tuvo diarrea en los últimos 15 días, o sea desde... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																
537	Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo (ha tenido) alguno de estos síntomas o dolencias: a. Moco y/o sangre en la deposición?..... b. Piel reseca y/o arrugada?..... c. Ojos hundidos y sin lágrimas?..... d. Mollera hundida?..... e. Labios secos?..... f. Debilidad?..... g. Vómitos?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	a.	1	2	8	b.	1	2	8	c.	1	2	8	d.	1	2	8	e.	1	2	8	f.	1	2	8	g.	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	a.	1	2	8	b.	1	2	8	c.	1	2	8	d.	1	2	8	e.	1	2	8	f.	1	2	8	g.	1	2	8
	SI	NO	NS																																																																
a.	1	2	8																																																																
b.	1	2	8																																																																
c.	1	2	8																																																																
d.	1	2	8																																																																
e.	1	2	8																																																																
f.	1	2	8																																																																
g.	1	2	8																																																																
	SI	NO	NS																																																																
a.	1	2	8																																																																
b.	1	2	8																																																																
c.	1	2	8																																																																
d.	1	2	8																																																																
e.	1	2	8																																																																
f.	1	2	8																																																																
g.	1	2	8																																																																
538	En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NÚMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																																
539	VERIFIQUE 494: ÚLTIMO NACIDO VIVO ESTA LACTANDO, PARA SABER SI PREGUNTA LO DEL PARÉNTESIS. (Además de leche materna) le dio usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS BEBIDAS, PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 SOLO UN POCO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 SOLO UN POCO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8																																																																
540	A (NOMBRE) se le ofreció la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? SI MENOS COMIDA, PRUEBE: Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 SOLO UN POCO MENOS..... 2 MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 SOLO UN POCO MENOS..... 2 MAS O MENOS LO MISMO..... 3 MAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8																																																																
541	Le dio a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Pedialite? c. Un suero preparado en casa?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SRO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PEDIALITE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SUERO CASERO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	PEDIALITE.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SRO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PEDIALITE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SUERO CASERO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	PEDIALITE.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8																																
	SI	NO	NS																																																																
SRO.....	1	2	8																																																																
PEDIALITE.....	1	2	8																																																																
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																																
	SI	NO	NS																																																																
SRO.....	1	2	8																																																																
PEDIALITE.....	1	2	8																																																																
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																																
542	Le dio a (NOMBRE) algo más para la diarrea distinto a este(os) líquido(s)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																
543	Qué más le dieron a (NOMBRE) para tratar la diarrea? Algo más? MARQUE TODOS LO QUE MENCIONE	JARABE O PASTILLAS..... A INYECCIÓN (ANTIBIÓTICO)..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE)	JARABE O PASTILLAS..... A INYECCIÓN (ANTIBIÓTICO)..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE)																																																																
544	Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																																
545	Dónde buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? En otro lugar? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B PROFAMILIA..... C DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... D TIENDA/SUPERMERCADO..... E CURANDERO/YERBATERO..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) (PASE A 548)	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B PROFAMILIA..... C DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... D TIENDA/SUPERMERCADO..... E CURANDERO/YERBATERO..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) (PASE A 548)																																																																
546	Este tratamiento fue pagado por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliado (NOMBRE)? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA (ESTABA) AFILIADO..... 4 (PASE A 548)	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA (ESTABA) AFILIADO..... 4 (PASE A 548)																																																																

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____
547	Por qué no buscó consejo o tratamiento médico para la diarrea? Por alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	CASO LEVE..... A FALTA DE TIEMPO..... B SERVICIO QUEDA LEJOS..... C TRANSPORTE MUY COSTOSO..... D SERVICIO MUY COSTOSO..... E SERVICIO DE MALA CALIDAD..... F FUE PERO NO LO ATENDIERON..... G NO CONFÍA EN MÉDICOS..... H MUCHOS TRÁMITES..... I NO SABEDÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... N OTRA:..... X (ESPECIFIQUE)	CASO LEVE..... A FALTA DE TIEMPO..... B SERVICIO QUEDA LEJOS..... C TRANSPORTE MUY COSTOSO..... D SERVICIO MUY COSTOSO..... E SERVICIO DE MALA CALIDAD..... F FUE PERO NO LO ATENDIERON..... G NO CONFÍA EN MÉDICOS..... H MUCHOS TRÁMITES..... I NO SABEDÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... J HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... K DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... L DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... M NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... N OTRA:..... X (ESPECIFIQUE)
548	VERIFIQUE 526, 529, 530, 536	526=1o 529 = ALGÚN 1o 530=1o o 536=1 <input type="text"/> ↓ (PASE A 553)	526=1o 529 = ALGÚN 1o 530=1o o 536=1 <input type="text"/> ↓ (PASE A 553)
549	(NOMBRE) dejó de realizar sus actividades diarias debido a los problemas de salud?	SI..... 1 NO..... 2 → 553	SI..... 1 NO..... 2 → 553
550	Por cuántos días?	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
551	(NOMBRE) tuvo que permanecer en cama por este problema de salud?	SI..... 1 NO..... 2 → 553	SI..... 1 NO..... 2 → 553
552	Por cuántos días?	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	No. DE DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
553		REGRESE A 503 EN LA PRÓXIMA COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 554	REGRESE A 503 EN LA PRÓXIMA COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 554
554	VERIFIQUE 541a Y 541b, PARA TODOS LOS NIÑOS: "SI" EN 541a O EN 541b <input type="text"/> → 556 OTRAS RESPUESTAS <input type="text"/> NO SE HIZO PREGUNTA		
555	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	
556	VERIFIQUE 216 Y 219: TIENE HIJOS NACIDOS DESDE <input type="text"/> NOVIEMBRE DE 2004 VIVIENDO CON ELLA NO TIENE HIJOS NACIDOS DESDE <input type="text"/> NOVIEMBRE DE 2004 VIVIENDO CON ELLA → 600		
557	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? Algún otro signo o síntoma? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G SI TIENE FRACTURAS..... H SI TIENE SANGRADOS..... I SI TIENE DOLOR AL ORINAR..... J SI TIENE CAMBIOS EVIDENTES EN LOS ORGANOS GENITALES..... K OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
558	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?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
559	Usualmente qué hace con las deposiciones (popó) de su niño (menor) cuando no usa el inodoro?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO BOTA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO BOTA EN EL PATIO..... 03 LO QUEMA EN EL PATIO..... 04 NO HACE NADA/LO DEJAN EN EL SUELO..... 05 LO BOTA EN LA BASURA..... 06 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07 LA BOTA AL RÍO, QUEBRADA, CAÑADA..... 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
560	Ud. acostumbra lavarse las manos inmediatamente después de que limpia a su niño (menor)?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA LIMPIA AL NIÑO(A)..... 3	
561	En su hogar tienen algún toldillo que se use para dormir?	SI..... 1 NO..... 2	→ 565
562	Anoche (NOMBRE NIÑO MENOR) durmió con toldillo?	SI..... 1 NO..... 2	
563	El toldillo alguna vez ha sido impregnado con algún producto para matar mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 565
564	Cuándo le hicieron el último tratamiento al toldillo?	MESES..... NO SABE..... 98	
565	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN
565A	DE 213, ANOTE EL NOMBRE DE 217, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE VIVO MUERTO (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 600)	NOMBRE VIVO MUERTO (PASE A PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 600)
566	Quién es el cuidador principal de (NOMBRE), es decir la persona que pasa la mayor parte del tiempo con (NOMBRE)?	MADRE..... 1 PADRE..... 2 ABUELO(A)..... 3 HERMANO(A)..... 4 NIÑERA/EMPLEADA DEL SERVICIO..... 5 OTRO..... 8 (ESPECIFIQUE)	MADRE..... 1 PADRE..... 2 ABUELO(A)..... 3 HERMANO(A)..... 4 NIÑERA/EMPLEADA DEL SERVICIO..... 5 OTRO..... 8 (ESPECIFIQUE)
567	Qué edad tiene esta persona?	EDAD.....	EDAD.....
568	En la semana pasada Ud. o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (NOMBRE): a. Leer cuentos o mirar libros con imágenes con (NOMBRE)?..... b. Contar historias a (NOMBRE)?..... c. Cantar canciones con (NOMBRE)?..... d. Salir a pasear con (NOMBRE)?..... e. Jugar con (NOMBRE)?.....	Si "SI", PREGUNTE: Con qué frecuencia participaron en estas actividades con (NOMBRE)? 1 VEZ A LA SEMANA 2 A 4 VECES A LA SEMANA 5 y + VECES A LA SEMANA NO 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	Si "SI", PREGUNTE: Con qué frecuencia participaron en estas actividades con (NOMBRE)? 1 VEZ A LA SEMANA 2 A 4 VECES A LA SEMANA 5 y + VECES A LA SEMANA NO 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	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 _____																																																												
569	Quién participó principalmente con (NOMBRE) durante la semana pasada en: a. Leer cuentos o mirar libros con imágenes con (NOMBRE)?..... b. Contar historias a (NOMBRE)?..... c. Cantar canciones con (NOMBRE)?..... d. Salir a pasear con (NOMBRE)?..... e. Jugar con (NOMBRE)?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MADRE</th><th>PADRE</th><th>HERMA- NO(A)S</th><th>ABUE LO(A)S</th><th>OTRA</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MADRE	PADRE	HERMA- NO(A)S	ABUE LO(A)S	OTRA	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MADRE</th><th>PADRE</th><th>HERMA- NO(A)S</th><th>ABUE LO(A)S</th><th>OTRA</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MADRE	PADRE	HERMA- NO(A)S	ABUE LO(A)S	OTRA	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6	1	2	3	4	6
MADRE	PADRE	HERMA- NO(A)S	ABUE LO(A)S	OTRA																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
MADRE	PADRE	HERMA- NO(A)S	ABUE LO(A)S	OTRA																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
1	2	3	4	6																																																											
570	Accedió Ud. a libros para niños la semana pasada? a. Hogar?..... b. Biblioteca?..... c. Ludoteca?..... d. Centro comunitario?..... x. Otro?.....	Si "SI", PREGUNTE: Dónde y con qué frecuencia pudo acceder a los libros en la semana pasada? <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 VEZ A LA SEMANA</th><th>2 A 4 VECES A LA SEMANA</th><th>5 y + VECES A LA SEMANA</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	1 VEZ A LA SEMANA	2 A 4 VECES A LA SEMANA	5 y + VECES A LA SEMANA	NO	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																					
1 VEZ A LA SEMANA	2 A 4 VECES A LA SEMANA	5 y + VECES A LA SEMANA	NO																																																												
1	2	3	4																																																												
1	2	3	4																																																												
1	2	3	4																																																												
1	2	3	4																																																												
1	2	3	4																																																												
571	En la semana pasada Ud. o alguien del hogar pasó tiempo con (NOMBRE) en actividades físicas tales como correr, saltar, jugar pelota, bailar, montar triciclo o bicicleta?	Si "SI", PREGUNTE: Con qué frecuencia participaron en estas actividades con (NOMBRE)? UNA VEZ A LA SEMANA..... 1 ENTRE 2 Y 4 VECES A LA SEMANA..... 2 5 Y MÁS VECES A LA SEMANA..... 3 NO PASO TIEMPO..... 4	Si "SI", PREGUNTE: Con qué frecuencia participaron en estas actividades con (NOMBRE)? UNA VEZ A LA SEMANA..... 1 ENTRE 2 Y 4 VECES A LA SEMANA..... 2 5 Y MÁS VECES A LA SEMANA..... 3 NO PASO TIEMPO..... 4																																																												
572	Ahora quisiera saber acerca de las cosas con las que juega (NOMBRE), cuando está en casa. Con qué juega (NOMBRE)? Juega con algo más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	OBJETOS DEL HOGAR COMO TAZAS, PLATOS, POCILLOS U OLLAS. A OBJETOS/MATERIALES ENCONTRADOS FUERA DE LA VIVIENDA (PALOS, ROCAS, ANIMALES, CONCHAS U HOJAS). B JUGUETES HECHOS EN CASA. C JUGUETES COMPRADOS. D OTRO X (ESPECIFIQUE) NO JUEGA. Y	OBJETOS DEL HOGAR COMO TAZAS, PLATOS, POCILLOS U OLLAS. A OBJETOS/MATERIALES ENCONTRADOS FUERA DE LA VIVIENDA (PALOS, ROCAS, ANIMALES, CONCHAS U HOJAS). B JUGUETES HECHOS EN CASA. C JUGUETES COMPRADOS. D OTRO X (ESPECIFIQUE) NO JUEGA. Y																																																												
573	Algunas veces los adultos que cuidan a los niño(a)s tienen que salir de la casa para ir de comprar, lavar ropa o por otras razones y tienen que dejar los niño(a)s con otros niños o solos. En la semana pasada cuántas veces dejó a (NOMBRE) al cuidado de otro niño(a) menor de 10 años?	NÚMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO DEJA AL CUIDADO DE UN MENOR. 97	NÚMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO DEJA AL CUIDADO DE UN MENOR. 97																																																												
574	En la semana pasada cuántas veces se quedó solo (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO DEJA SOLO. 97	NÚMERO DE VECES. <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO DEJA SOLO. 97																																																												
574A		REGRESE A 565A EN LA PRÓXIMA COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 600	REGRESE A 565A EN LA PRÓXIMA COLUMNA, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 600																																																												

SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
600	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">SI NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
601	Actualmente Ud. está casada o vive en unión libre?	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SI, EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">604</div> </div>
	Si "SI", Casada o en unión libre?		
602	Usted ha estado casada o ha vivido en unión libre?	SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">610</div> </div>
	Si "SI", Casada o en unión libre?		
603	Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">606</div> </div>
604	Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
605	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..... 		
606	Usted ha estado casada o en unión libre sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ, SIGUE UNIDA..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2 UNA VEZ, NO ACTUALMENTE UNIDA..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">608</div> </div>
607	Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA, SICOLÓGICA O SEXUAL)..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 INCUMPLIMIENTO DEBERES DE ESPOSO(A)/PADRE (MADRE)..... 05 EMBRIAGUEZ HABITUAL..... 06 USO DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES..... 07 MUTUO CONSENTIMIENTO..... 08 POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
608	VERIFIQUE 606: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>"1"</p> <p>CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ:</p> <p>En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>"2"</p> <p>CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ:</p> <p>En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</p> </div> </div>	MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 9998	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">610</div> </div>
609	Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... 	
610	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida en pareja alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales?	SI..... 1 NO..... 2	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">612</div> </div>
611	Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS..... CUANDO SE CASÓ/UNIÓ LA PRIMERA VEZ..... 95	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS: NO CONTINÚE HASTA QUE LA EFECTIVA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/> PRIVACIDAD IMPOSIBLE <input type="checkbox"/>		614
613	Alguna vez ha tenido encuentros, acercamientos o relaciones sexuales con otra mujer?	SI..... 1 NO..... 2	
614	VERIFIQUE 104: EDAD 13-24 <input type="checkbox"/> EDAD 25-49 <input type="checkbox"/>		628
615	Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual?	SI..... 1 NO..... 2	619
616	Dónde ha participado en actividades de educación sexual? Algún otro sitio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	ESCUELA A COLEGIO B UNIVERSIDAD C HOSPITAL/CENTRO DE SALUD/IPS D IGLESIA E PROFAMILIA F OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
617	En qué tipo de actividades ha participado? Alguna otra actividad? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	CLASES EXCLUSIVAS DE SEXUALIDAD..... A CONFERENCIAS..... B FERIAS DE LA SEXUALIDAD..... C TALLERES..... D VIDEO CONFERENCIAS..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
618	Quién realizó estas actividades? Alguna otra persona? MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	PROFESOR DE EDUCACIÓN SEXUAL A PROFESOR DE RELIGIÓN..... B PROFESOR DE BIOLOGÍA O ANATOMÍA..... C PROFESOR DE ÉTICA..... D PROFESOR DE OTRA MATERIA..... E ORIENTADOR DE PROFAMILIA..... F ASESOR DE HOSPITAL O CENTRO DE SALUD..... G ENFERMERA/MEDICO DEL COLEGIO..... H ASESOR DE LABOR. FARMACÉUTICO..... I SACERDOTE..... J OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
619	Alguna (otra) persona le ha hablado sobre educación sexual o sexualidad?	SI 1 NO..... 2	621
620	Qué persona le habló sobre sexualidad? Alguna otra persona? MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	PAPÁ A MAMÁ..... B AMIGO..... C AMIGA..... D NOVIO(A)..... E PROFESOR..... F SACERDOTE..... G MÉDICO..... H FAMILIAR..... I OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
621	Ha recibido información sobre sexualidad por otros medios?	SI 1 NO..... 2	622A
622	Por cuáles otros medios ha recibido información sobre sexualidad? Algún otro medio? MARQUE TODOS LOS MEDIOS QUE MENCIONE	TALLERES..... A RADIO..... B PRENSA..... C TELEVISIÓN..... D REVISTAS O LIBROS..... F INTERNET..... G	
622A	VERIFIQUE 615, 619, 621 HA RECIBIDO INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> NO HA RECIBIDO INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>	615=1 y 619=1 y 621=1	627

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																						
623	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de algunos temas específicos sobre la educación sexual.</p> <p>PARA LOS TEMAS CON RESPUESTA EN 623 HAGA LA PREGUNTA 624</p> <p>a. Negociación sexual de la pareja?.....</p> <p>b. Toma de decisiones?.....</p> <p>c. Planes de vida?.....</p> <p>d. Liderazgo?.....</p> <p>e. Autoestima?.....</p> <p>f. Género?.....</p> <p>g. Desigualdad de género?.....</p> <p>h. Anatomía y fisiología de aparato reproductor masculino y femenino?.....</p> <p>i. Embarazo y parto?.....</p> <p>j. Anticoncepción?.....</p> <p>k. Afecto y comunicación?.....</p> <p>l. Violencia y abuso sexual?.....</p> <p>m. Aborto?.....</p> <p>n. ITS y Sida?.....</p> <p>o. Derechos sexuales y reproductivos?.....</p> <p>p. Vida en pareja?.....</p> <p>q. Homosexualidad?.....</p>	<p>Ha recibido información sobre los sig. temas:</p> <p>624. En una escala de "Excelente", "Bueno", "Regular" o "Malo", cómo le pareció la calidad de la información recibida sobre (TEMA)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>EXCELENTE</th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	
SI	NO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
1	2	1	2	3	4																																																																																																				
625	La información que ha recibido sobre los diferentes temas le ha servido mucho, poco o nada para su vida?	<p>MUCHO..... 1</p> <p>POCO..... 2</p> <p>NADA..... 3</p>																																																																																																							
626	Cuántos años tenía cuando recibió por primera vez esta información?	EDAD.....																																																																																																							
627	Cree que durante el desarrollo de su vida le ha hecho falta (más) educación sexual?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																																																																							
628	En general Ud. aprueba o desaprueba que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo?	<p>APRUEBA..... 1</p> <p>DESAPRUEBA..... 2</p>																																																																																																							
629	Qué haría Ud. principalmente si supiera que un hijo(a) suyo(a) es homosexual?	<p>LO(A) ECHARÍA DE LA CASA..... 1</p> <p>LE QUITARÍA EL APOYO ECONÓMICO..... 2</p> <p>LO(A) ENVIARÍA AL PSICÓLOGO..... 3</p> <p>LO(A) ENVIARÍA AL MÉDICO..... 4</p> <p>LO(A) APOYARÍA..... 5</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																																																																							
630	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 60: ESTADO CONYUGAL Y 610: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</p> <p>NUNCA UNIDA Y NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA UNIDA Y UNIDA QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		633																																																																																																						
631	<p>VERIFIQUE 104:</p> <p>EDAD 13-24 <input type="checkbox"/></p> <p>EDAD 25-49 <input type="checkbox"/></p>		655																																																																																																						
632	Planea usted esperar hasta casarse para tener relaciones sexuales por primera vez?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABENO ESTA SEGURA..... 8</p>	655																																																																																																						
633	<p>VERIFIQUE 104:</p> <p>EDAD 13-24 <input type="checkbox"/></p> <p>EDAD 25-49 <input type="checkbox"/></p>		638																																																																																																						
634	La primera vez que tuvo relaciones sexuales su pareja usó condón?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABENO RECUERDA..... 8</p>																																																																																																							
635	Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	<p>EDAD EN AÑOS.....</p> <p>NO SABENO RECUERDA..... 98</p>	638																																																																																																						
636	Esta persona era mayor que usted, más joven o tenía la misma edad?	<p>MAYOR..... 1</p> <p>MÁS JOVEN..... 2</p> <p>MÁS O MENOS LA MISMA EDAD..... 3</p> <p>NO SABENO RECUERDA..... 8</p>	638																																																																																																						
637	Ud. diría que esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	<p>10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1</p> <p>MENOS DE 10 AÑOS MAYOR..... 2</p> <p>MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8</p>																																																																																																							
638	<p>Cuándo fue la última vez que usted. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>ANOTE AÑOS SÓLO SI LA ÚLTIMA RELACIÓN FUE HACE UNO O MÁS AÑOS</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>SEMANAS..... 2</p> <p>MESES..... 3</p> <p>AÑOS..... 4</p>	654																																																																																																						

		ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL
639	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son estrictamente confidenciales y nadie tendrá acceso a ellas. Si hay alguna pregunta que Ud. no quiera contestar me lo dice y pasaremos a la próxima pregunta. → PASE A 641			
640	Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su penúltimo(antepenúltimo) compañero?		DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>
641	La última vez que tuvo relaciones con su (penúltimo/antepenúltimo) compañero, él usó condón?	SI..... 1 NO..... 2 → 643	SI..... 1 NO..... 2 → 643	SI..... 1 NO..... 2 → 643
642	Su compañero usó condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con Ud. en los últimos doce meses?	SI..... 1 → 644 NO..... 2	SI..... 1 → 644 NO..... 2	SI..... 1 → 644 NO..... 2
643	Cuál fue la principal razón por la cual su compañero no uso condón?	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 COMPAÑERO NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO..... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 COMPAÑERO NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO..... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 COMPAÑERO NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO..... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
644	Cuál es su relación con la persona con quién tuvo relaciones sexuales? SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo relaciones sexuales? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/COMPAÑERO/COHABITANTE..... 01 (PASE A 650) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 EX(ESPOSO/COMPAÑERO/NOVIO)..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/COMPAÑERO/COHABITANTE..... 01 (PASE A 650) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 EX(ESPOSO/COMPAÑERO/NOVIO)..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/COMPAÑERO/COHABITANTE..... 01 (PASE A 650) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06 EX(ESPOSO/COMPAÑERO/NOVIO)..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
645	Por cuánto tiempo ha tenido/tuvo Ud. relaciones sexuales con esta persona?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>
646	VERIFIQUE 104:	13-24 <input type="text"/> 25-49 <input type="text"/> ↓ (PASE A 650)	13-24 <input type="text"/> 25-49 <input type="text"/> ↓ (PASE A 650)	13-24 <input type="text"/> 25-49 <input type="text"/> ↓ (PASE A 650)
647	Cuál es (era) la edad de su compañero?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> (PASE A 650) ← NS/NR..... 98	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> (PASE A 650) ← NS/NR..... 98	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> (PASE A 650) ← NS/NR..... 98
648	Esta persona es (era) mayor que Ud, más joven o tenía la misma edad?	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 8 (PASE A 650) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 8 (PASE A 650) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 8 (PASE A 650) ←
649	Ud. diría que esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8	10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8	10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8
650	La última vez que tuvo relaciones con su (penúltimo/antepenúltimo) compañero, alguno de los dos bebió alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 → 652	SI..... 1 NO..... 2 → 652	SI..... 1 NO..... 2 → 652
651	Alguno de los dos se emborrachó esa vez? Si "SI", Quién se emborrachó?	ENTREVISTADA..... 1 COMPAÑERO..... 2 LOS DOS..... 3 NINGUNO..... 4	ENTREVISTADA..... 1 COMPAÑERO..... 2 LOS DOS..... 3 NINGUNO..... 4	ENTREVISTADA..... 1 COMPAÑERO..... 2 LOS DOS..... 3 NINGUNO..... 4
652	Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos doce meses?	SI..... 1 (PASE A 640 PROX. COLUMNA) ← NO..... 2 → 654	SI..... 1 (PASE A 640 PROX. COLUMNA) ← NO..... 2 → 654	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
653	En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses (incluyendo a su esposo/compañero)?	No. DE PAREJAS ULT. 12 MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NR/NO INFORMA..... 98													
654	En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales durante toda la vida?	No. DE PAREJAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NR/NO INFORMA..... 98													
655	Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2 → 658													
656	Cuál es ese lugar? Algún otro sitio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... C PROFAMILIA..... D DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... E TIENDA/SUPERMERCADO..... F LUGARES PÚBLICOS/MOTELES..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)													
657	Si Ud. quiere, Ud. misma puede conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8													
658	Usted sabe que el aborto ya no es delito cuando: a. El embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer?..... b. La mujer haya sido objeto de una violación?..... c. Haya una malformación grave en el feto?.....	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>EN PELIGRO LA VIDA O SALUD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUJER OBJETO DE UNA VIOLACIÓN...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MALFORMACIÓN GRAVE EN EL FETO.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	EN PELIGRO LA VIDA O SALUD.....	1	2	MUJER OBJETO DE UNA VIOLACIÓN...	1	2	MALFORMACIÓN GRAVE EN EL FETO.	1	2	
	SI	NO													
EN PELIGRO LA VIDA O SALUD.....	1	2													
MUJER OBJETO DE UNA VIOLACIÓN...	1	2													
MALFORMACIÓN GRAVE EN EL FETO.	1	2													
658A	VERIFIQUE 658 SI HAY ALGÚN "SI" EN ABORTO NO ES DELITO EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> ALGÚN "SI" EN 658 <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="margin-left: 20px;"> OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> → 661 </div> </div>														
659	Usted cree que debería haber más casos en que se podría permitir el aborto?	SI..... 1 NO..... 2 → 661													
660	En qué casos?	_____													
661	Solicitó Ud. alguna vez una interrupción voluntaria del embarazo en alguna institución de salud después del 2006?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA EMBARAZADA..... 3 → 701													
662	Cuál fue la principal razón por la que solicitó la interrupción voluntaria del embarazo?	EN PELIGRO LA VIDA/SALUD DE LA MUJER..... 1 MUJER FUE OBJETO DE UNA VIOLACIÓN..... 2 MALFORMACIÓN GRAVE EN EL FETO..... 3													
663	La atención de esta interrupción voluntaria fue pagada por la institución de salud a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI", SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4													
664	Tuvo problemas para que le prestaran el servicio?	SI..... 1 NO..... 2 → 701													
665	Cuál fue el principal problema que se le presentó?	DESCONOCIMIENTO DE LA NORMA POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SA..... 01 LA EPS NO LE AUTORIZO EL SERVICIO..... 02 TEMOR DE LOS PROFESIONALES QUE DEBÍAN PRESTAR EL SERVICIO..... 03 NO EXISTÍA PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN QUE LE PRACTICARÁ EL PROCEDIMIENTO..... 04 DEMORAS EN LA INSTITUCIÓN..... 05 MUCHOS TRÁMITES PARA HACERLE EL PROCEDIMIENTO..... 06 OBJECIÓN DE CONCIENCIA..... 07 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)													

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 31t: NUNCA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	720
702	VERIFIQUE 234: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> 234=2, 8 Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 234=1 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 → 704 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 708 INDECISANO SABE/INSEGURA: PARA EMBARAZADAS..... 4 → 716 PARA NO EMBARAZADAS/INSEGURAS..... 5 → 708	
703	VERIFIQUE CASILLAS EN 234 : NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del nacimiento que está esperando, cuánto tiempo le gustaría esperar antes de tener otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO / AHORA..... 993 → 708 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 708 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA:..... 996 → 708 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	
704	VERIFIQUE CASILLAS EN 234: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	716
705	VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO ANTICONCEPTIVO? NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=2 USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=1		720
706	VERIFIQUE 703: TIEMPO QUE LE GUSTARÍA ESPERAR PARA TENER UNOTRO HIJO 24 O MÁS MESES <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/>		708
707	VERIFIQUE 702: QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/> 702=1 Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u> ; sin embargo, usted no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no está usando un método? Algunos otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE NO QUIERE MÁS/ NINGUNO <input type="checkbox"/> 702=2 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 está usando un método? Algunos otra razón?	NO EN UNIÓN..... A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... N NO CONOCE FUENTE..... O RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO PROBLEMAS DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q USO INCONVENIENTE..... R INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE TIEMPO..... T SERVICIO QUEDA LEJOS..... U TRANSPORTE MUY COSTOSO..... V SERVICIO MUY COSTOSO..... W SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 1 FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 2 NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS..... 3 MUCHOS TRÁMITES..... 4 NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... 5 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 6 DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS..... 7 DEMORA EN ATENCIÓN EN EL SITIO..... 8 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS)..... 9 OTRA:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
708	<p>VERIFIQUE 210</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>SIN HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Alguna vez ha deseado tener un hijo y no lo ha logrado?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UNO O MÁS HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ha deseado volver a tener hijos y no lo ha logrado?</p> </div> </div>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 714</p>	
709	Desde cuando lleva buscando un embarazo?	<p>DESDE ANTES DE NOVIEMBRE DE 2008..... 1</p> <p>DESDE NOVIEMBRE DE 2008..... 2</p> <p>YA NO ESTÁ BUSCANDO..... 3</p>	
710	Usted ha consultado alguna vez a especialistas en fertilidad para quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 713</p>	
711	Qué razón le han dado para no haber logrado quedar embarazada?	<p>PROBLEMA DE PAREJA..... 1</p> <p>PROBLEMA DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 2</p> <p>PROBLEMA DE ELLA..... 3</p> <p>EDAD..... 4</p> <p>ENFERMEDAD..... 5</p> <p>OTRA: 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
712	Usted o su esposo/compañero están recibiendo algún tratamiento para la infertilidad?	<p>SI, ESTÁ EN TRATAMIENTO..... 1</p> <p>NO, ES MUY COSTOSO..... 2</p> <p>NO, LA RELIGIÓN SE LO PROHÍBE..... 3 → 714</p> <p>NO, ESPOSO/COMP. SE OPONE..... 4</p> <p>OTRA: 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
713	Cuál es la razón principal por la cual no ha consultado?	<p>FALTA DE TIEMPO..... 01</p> <p>SERVICIO QUEDA LEJOS..... 02</p> <p>TRANSPORTE MUY COSTOSO..... 03</p> <p>SERVICIO MUY COSTOSO..... 04</p> <p>SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 05</p> <p>FUE PERO NO LO ATENDIERON..... 06</p> <p>NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07</p> <p>MUCHOS TRÁMITES..... 08</p> <p>NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 09</p> <p>HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 10</p> <p>DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 11</p> <p>DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 12</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RCRS)..... 13</p> <p>NO SABÍA QUE HABÍA ESPECIALISTAS..... 14</p> <p>LE DA PENA..... 15</p> <p>LA RELIGIÓN SE LO PROHÍBE..... 16</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO SE OPONE..... 17</p> <p>DESCUIDO..... 18</p> <p>OTRA: 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
714	Si en las semanas siguientes Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERÍA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA NO TIENE REL. SEX..... 4</p>	
715	<p>VERIFIQUE 310, 702 Y 703</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>310=2 702=5 703=995,996,998</p> <p>NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		720
716	Ud. cree que en el futuro usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 718</p> <p>NO SABE..... 8 → 720</p>	
717	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 (NORPLANT/JADELLE)..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07 → 720</p> <p>VAGINALES..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO: 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>INSEGURA..... 98</p>	

690 | *Cuestionario Individual*

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
725	VERIFIQUE 311 Y 311A: OTRO CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>	311=B,G,K <input type="checkbox"/> → 727 NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> → 730	
726	Su esposo/compañero sabe que Ud. está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3	728
727	Ud. me ha dicho que está usando métodos anticonceptivos. Ud. diría que el uso de planificación familiar fue su decisión, la de su esposo/compañero o lo decidieron en conjunto?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	729
728	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo/compañero sobre la planificación familiar. Ud. piensa que su esposo/compañero aprueba o desaprueba el que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8	
729	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> → 801	
730	Ud. piensa que su esposo/compañero 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/NO QUIERE HIJOS..... 8	

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	<p>VERIFIQUE 601, 602 Y 605:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUALMENTE CASADA/ EN UNIÓN LIBRE</p> <p>601=1,2</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA</p> <p>603=1,2,3</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN</p> <p style="text-align: center;">602=3</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>803</p> <p>806</p> </div> </div>	
802	Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
803	Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	805
804	<p>Cuál fue el último año de estudios que aprobó su (último) esposo/compañero?</p> <p>CIRCULE "0" SI NINGUNO</p>	<p>NINGUNO..... 0</p> <p>PREESCOLAR..... 1</p> <p>PRIMARIA..... 2</p> <p>SECUNDARIA..... 3</p> <p>TÉCNICA/TECNOLÓGICA..... 4</p> <p>UNIVERSITARIO..... 5</p> <p>POSGRADO..... 6</p> <p>NO SABE..... 998</p>	
805	<p>VERIFIQUE 801:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN LIBRE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p>Cuál es(era) la ocupación actual (última) de su esposo/compañero?</p> <p>Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero?</p> </div>	<p>PROFESIONAL, TÉCNICO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 01</p> <p>DIRECTOR, FUNCIONARIO PÚBLICO SUPERIOR..... 02</p> <p>PERSONAL ADMINISTRATIVO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 03</p> <p>COMERCIANTE, VENDEDOR..... 04</p> <p>TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS..... 05</p> <p>TRABAJADOR AGROPECUARIO, FORESTAL, PESCADOR, CAZADOR..... 06</p> <p>TRABAJADOR, OPERARIO NO AGRÍCOLA, CONDUCTOR DE MÁQUINA, VEHÍCULO DE TRANSPORTE, TRABAJADOR ASIMILADO..... 07</p> <p>TRABAJADOR QUE NO PUEDE SER CLASIFICADO SEGÚN OCUPACIÓN Y FF.AA..... 08</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
806	Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. tiene otro trabajo?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	810
807	<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</p> <p>NO..... 2</p>	810
808	Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	810
809	Ud. ha trabajado alguna vez en su vida?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	822
810	<p>Cuál es(era) su ocupación?</p> <p>SI HA TENIDO VARIOS TRABAJOS PREGUNTE: Cual era su ocupación en su ultimo trabajo?</p>	<p>PROFESIONAL, TÉCNICO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 01</p> <p>DIRECTOR, FUNCIONARIO PÚBLICO SUPERIOR..... 02</p> <p>PERSONAL ADMINISTRATIVO, TRABAJADOR ASIMILADO..... 03</p> <p>COMERCIANTE, VENDEDOR..... 04</p> <p>TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS..... 05</p> <p>TRABAJADOR AGROPECUARIO, FORESTAL, PESCADOR, CAZADOR..... 06</p> <p>TRABAJADOR, OPERARIO NO AGRÍCOLA, CONDUCTOR DE MÁQUINA, VEHÍCULO DE TRANSPORTE, TRABAJADOR ASIMILADO..... 07</p> <p>TRABAJADOR QUE NO PUEDE SER CLASIFICADO SEGÚN OCUPACIÓN Y FF.AA..... 08</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																					
811	A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)? SI "EN DINERO" INDAGUE: Sólo en dinero o en dinero y en especie? SI "EN ESPECIE" INDAGUE: Sólo en especie o en especie y en dinero?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	818																																																																					
812	VERIFIQUE 601: SI, ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/UNIÓN	NO, NO EN <input type="checkbox"/> UNIÓN	818																																																																					
813	VERIFIQUE 811: CÓDIGO 1 o 2 <input type="checkbox"/> MARCADOS	OTRO <input type="checkbox"/>	818																																																																					
814	Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE(DECIDÍA)..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE(DECIDÍA)..... 2 AMBOS DECIDEN(DECIDÍAN)..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE(DECIDÍA)..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MÁS..... 5																																																																						
815	El dinero que Ud. gana(ba) es más de lo que gana su esposo/compañero, menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MÁS DE LO QUE EL GANA..... 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO TRAE DINERO..... 4 SOLO TRABAJO ANTES DE ESTAR UNIDA..... 5 NO SABE..... 8																																																																						
816	Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que su esposo/compañero gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE(DECIDÍA)..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE(DECIDÍA)..... 2 AMBOS DECIDEN(DECIDÍAN)..... 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO TRAE DINERO..... 4																																																																						
817	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																																																																						
818	Alguna vez le exigieron prueba de embarazo cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3																																																																						
819	Alguna vez le exigieron certificado de esterilización cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3																																																																						
820	Alguna vez le exigieron prueba de VIH cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3																																																																						
821	Alguna vez estando embarazada la despidieron de su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3 NUNCA EMBARAZADA/NO HA TRABAJADO FUERA DEL HOGAR ESTANDO EMBARAZADA..... 4																																																																						
822	Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="6">ENTREV./</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ENTRE-VISITAD MARID</th> <th colspan="4">ALGUIEN ALGUIEN</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>AMBOS</th> <th>MAS</th> <th>MAS</th> <th>NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. El cuidado de su salud?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>b. Hacer compras grandes del hogar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>f. Estudiar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>g. Tener relaciones sexuales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ENTREV./						ENTRE-VISITAD MARID		ALGUIEN ALGUIEN					1	2	AMBOS	MAS	MAS	NADIE	a. El cuidado de su salud?.....	1	2	3	4	5	6	b. Hacer compras grandes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....	1	2	3	4	5	6	e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1	2	3	4	5	6	f. Estudiar?.....	1	2	3	4	5	6	g. Tener relaciones sexuales?.....	1	2	3	4	5	6	
	ENTREV./																																																																							
	ENTRE-VISITAD MARID		ALGUIEN ALGUIEN																																																																					
	1	2	AMBOS	MAS	MAS	NADIE																																																																		
a. El cuidado de su salud?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
b. Hacer compras grandes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
f. Estudiar?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
g. Tener relaciones sexuales?.....	1	2	3	4	5	6																																																																		
823	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS (PRESENTES Y ESCUCHANDO, PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO, NO HAY NADIE PRESENTE). NIÑOS < 10 AÑOS..... ESPOSO/COMPAÑERO..... OTROS HOMBRES..... OTRAS MUJERES.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES. ESCUCHANDO</th> <th>PRES. NO ESCUCHANDO</th> <th>NO PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS < 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES. ESCUCHANDO	PRES. NO ESCUCHANDO	NO PRES.	NIÑOS < 10 AÑOS.....	1	2	3	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	OTROS HOMBRES.....	1	2	3	OTRAS MUJERES.....	1	2	3																																																		
	PRES. ESCUCHANDO	PRES. NO ESCUCHANDO	NO PRES.																																																																					
NIÑOS < 10 AÑOS.....	1	2	3																																																																					
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3																																																																					
OTROS HOMBRES.....	1	2	3																																																																					
OTRAS MUJERES.....	1	2	3																																																																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
824	<p>Algunas veces al hombre le molesta o disgusta las cosas que su esposa/compañera hace. Ud. esta de acuerdo o en desacuerdo con que un esposo/compañero golpee a su esposa/compañera cuando:</p> <p>a. Ella sale de la casa sin decírselo a él?.....</p> <p>b. Ella descuida/desatiende a los niños?.....</p> <p>c. Ella discute con él?.....</p> <p>d. Ella se niega a tener relaciones sexuales con él?.....</p> <p>e. A ella se le queman los alimentos?.....</p>	<p>ACUERDO DESACUERDO NO SABE</p> <p>1 2 8</p> <p>1 2 8</p> <p>1 2 8</p> <p>1 2 8</p> <p>1 2 8</p>	
825	<p>VERIFIQUE 216 Y 219:</p> <p>TIENE HIJOS NACIDOS DESDE NOVIEMBRE DE 2004 VIVIENDO CON LA ENTREVISTADA.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		827
826	<p>Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?</p>	<p>ENTREVISTADA LO LLEVA CONSIGO..... 01</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 02</p> <p>LA NIÑA MAYOR..... 03</p> <p>EL NIÑO MAYOR..... 04</p> <p>ABUELA/ABUELO..... 05</p> <p>OTROS PARIENTES..... 06</p> <p>VECINOS..... 07</p> <p>AMIGOS..... 08</p> <p>EMPLEADA DOMÉSTICA..... 09</p> <p>NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 10</p> <p>CUIDADO ICBF..... 11</p> <p>CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 12</p> <p>OTRO:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
827	<p>Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio desde Noviembre de 2004?</p>	<p>UN SITIO..... 1</p> <p>MÁS DE UN SITIO..... 2</p>	901
828	<p>En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DEL MUNICIPIO DE LA ENTREVISTA)?</p>	<p>MES.....</p> <p>AÑO.....</p>	
829	<p>Dónde vivía Ud. antes de venir aquí?</p> <p>SI LE DA EL NOMBRE DE UN MUNICIPIO PREGUNTE: De qué departamento es este municipio?</p>	<p>OTRO MUNICIPIO DE ESTE DEPARTAMENTO..... 1</p> <p>OTRO DEPARTAMENTO..... 2</p> <p>OTRO PAÍS..... 3</p> <p>MISMO MUNICIPIO (DISTINTA ZONA: URB. RUR)..... 4</p>	
830	<p>Vivía en la cabecera municipal, en un centro poblado o en el rural disperso?</p>	<p>CABECERA MUNICIPAL..... 1</p> <p>CENTRO POBLADO..... 2</p> <p>RURAL DISPERSO..... 3</p>	
831	<p>Cuál fue la principal razón por la cual salió Ud. del último lugar donde vivía?</p>	<p>VIOLENCIA CAUSADA POR GRUPOS ARMADOS..... 01</p> <p>DESASTRE NATURAL..... 02</p> <p>RAZONES DE POBREZA (HAMBRE)..... 03</p> <p>RAZONES LABORALES..... 04</p> <p>RAZONES DE EDUCACIÓN..... 05</p> <p>RAZONES DE SALUD..... 06</p> <p>RAZONES FAMILIARES..... 07</p> <p>BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES..... 08</p> <p>OTRA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
832	<p>Cuántas personas de su familia vinieron con Ud?</p>	<p>NÚMERO.....</p> <p>NINGUNA..... 00</p>	901
833	<p>Quiénes vinieron con Ud.?</p> <p>Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... A</p> <p>HIJO(S), HIJA(S)..... B</p> <p>SUEGROS/PADRES..... C</p> <p>HERMANOS/HERMANAS..... D</p> <p>OTROS:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 9. PREVENCIÓN DEL CANCER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
901	<p>VERIFIQUE 104, 264, 610</p> <p>DE 18 O MAS AÑOS DE EDAD, NO HISTERECTOMIZADA, QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		920
902	<p>Ud. ha oído hablar de la citología vaginal?</p> <p>SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN.</p> <p>Una citología es un examen que consiste en retirar células del cuello del útero para detectar alteraciones que puedan sugerir la presencia de cáncer en éste</p>	<p>SI..... 1</p> <p>SI, CON AYUDA..... 2</p> <p>NO..... 3</p>	920
903	<p>Cómo se enteró Ud. acerca de la citología vaginal?</p> <p>Por algún otro medio?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>FAMILIARES..... A</p> <p>AMIGAS..... B</p> <p>COLEGIO..... C</p> <p>RADIO..... D</p> <p>TELEVISIÓN..... E</p> <p>INSTITUCIÓN DE SALUD..... F</p> <p>PRENSA/REVISTA/FOLLETOS..... G</p> <p>REUNIONES COMUNITARIAS..... H</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECUERDA..... Z</p>	
904	Alguna vez le han hecho una citología vaginal?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	917
905	En que mes y año le hicieron la última citología vaginal?	<p>MES.....</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA EL MES..... 98</p> <p>AÑO.....</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA EL AÑO..... 9998</p>	907
906	La última citología fue hace más de 3 años?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA..... 8</p>	
907	Con qué frecuencia se hace Ud. la citología vaginal?	<p>MAS DE UNA VEZ AL AÑO..... 1</p> <p>CADA AÑO..... 2</p> <p>CADA TRES AÑOS..... 3</p> <p>SE LA HA HECHO SÓLO UNA VEZ..... 4</p> <p>OTRO: 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
908	Dónde le hicieron la última citología vaginal?	<p>HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... 1</p> <p>CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2</p> <p>PROFAMILIA..... 3</p> <p>LIGA CONTRA EL CÁNCER..... 4</p> <p>OTRO: 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECUERDA..... 8</p>	
909	<p>La última citología fue pagada por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada?</p> <p>Si "SI", SONDEE: Pagó total o parcialmente?</p>	<p>SI, TOTALMENTE..... 1</p> <p>SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2</p> <p>NO..... 3</p> <p>NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4</p>	
910	Usted reclamó el resultado de la última citología vaginal?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>AÚN NO SE LO HAN ENTREGADO..... 3</p>	916 918
911	Cuál fue el resultado de la última citología vaginal?	<p>NORMAL..... 1</p> <p>ANORMAL..... 2</p> <p>NO RECUERDA..... 8</p>	918 918
912	<p>Por el resultado de la citología anormal le tuvieron que hacer una colposcopia-biopsia?</p> <p>Este es un examen en el cual con la mujer acostada, el médico introduce un especulo en la vagina y examina el cuello del útero con una especie de microscopio, llamado colposcopio, y toma pedazos de tejido de aquellas zonas que ve sospechosas. Estos pedazos son las biopsias y son examinados en un laboratorio de patología.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO RECUERDA..... 8</p>	914 918

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
913	Cuál fue la razón principal por la cual no le hicieron la colposcopia - biopsia?	FALTA DE TIEMPO..... 01 SERVICIO QUEDA LEJOS..... 02 TRANSPORTE MUY COSTOSO 03 SERVICIO MUY COSTOSO..... 04 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 05 FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 MUCHOS TRÁMITES..... 08 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 09 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 10 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 11 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 12 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 13 FALTA DE TIEMPO..... 14 NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 15 CREYÓ QUE PODÍA ESPERAR..... 16 NO SABÍA QUÉ HACER..... 17 MIEDO/TEMOR..... 18 PEREZA/DESCUIDO..... 19 NO CREYÓ EN EL RESULTADO..... 20 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	918
914	Usted recibió tratamiento como resultado de la citología o de la colposcopia - biopsia?	SI..... 1 NO..... 2	918
915	Cuál fue la razón principal por la cual no recibió tratamiento?	FALTA DE TIEMPO..... 01 SERVICIO QUEDA LEJOS..... 02 TRANSPORTE MUY COSTOSO 03 SERVICIO MUY COSTOSO..... 04 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 05 FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 MUCHOS TRÁMITES..... 08 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 09 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 10 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 11 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 12 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 13 NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 14 CREYÓ QUE PODÍA ESPERAR..... 15 NO SABÍA QUÉ HACER..... 16 NO CREYÓ EN EL RESULTADO..... 17 MIEDO/TEMOR..... 18 PEREZA/DESCUIDO..... 19 EL RESULTADO DE LA COLPOSCOPIA-BIOPSIA FUE NORMAL..... 20 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	918
916	Cuál fue la razón principal por la cual no reclamó el resultado de la última citología?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER..... 1 SE SINTIÓ MALTRATADA/OFENDIDA..... 2 CUANDO LE HICIERON EL EXAMEN..... 3 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 4 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ..... 5 EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 6 OTRO: (ESPECIFIQUE)	918
917	Cuál fue la razón principal por la cual nunca se ha hecho la citología vaginal?	FALTA DE TIEMPO..... 01 SERVICIO QUEDA LEJOS..... 02 TRANSPORTE MUY COSTOSO 03 SERVICIO MUY COSTOSO..... 04 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 05 FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 MUCHOS TRÁMITES..... 08 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 09 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 10 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 11 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 12 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 13 EPS NO LA HA AUTORIZADO..... 14 NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 15 CREYÓ QUE PUEDE ESPERAR..... 16 MIEDO/TEMOR..... 17 PEREZA/DESCUIDO..... 18 MÉDICO NO SE LA HA ORDENADO..... 19 A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO..... 20 NO TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA..... 21 NO SE SIENTE ENFERMA..... 22 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
918	VERIFIQUE 904: LE HAN HECHO UNA CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> 904=1 NUNCA LE HAN HECHO UNA CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> 904=2 Ha intentado hacerse una nueva citología desde la última vez? Alguna vez ha intentado hacerse una citología?	SI..... 1 NO..... 2 → 920	
919	Si ha intentado, cuál es la razón principal por la cual no le han hecho una (nueva) citología vaginal?	SERVICIO QUEDA LEJOS..... 01 TRANSPORTE MUY COSTOSO..... 02 SERVICIO MUY COSTOSO..... 03 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 04 FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 05 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 06 MUCHOS TRÁMITES..... 07 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 08 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 09 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 10 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 11 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 12 EPS NO LA HA AUTORIZADO..... 13 NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 14 CREÍ QUE PUEDE ESPERAR..... 15 MIEDO/TEMOR..... 16 PEREZA/DESCUIDO..... 17 MÉDICO NO SELA HA ORDENADO..... 18 A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO..... 19 NO TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA..... 20 NO SE SIENTE ENFERMA..... 21 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
920	PARA TODAS LAS MUJERES Ud. ha oído hablar sobre el Virus del Papiloma Humano - VPH? SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE VIRUS. El virus del Papiloma o VPH es un virus que se asocia con el desarrollo de cáncer de cuello uterino.	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3 → 925	
921	Ud. ha oído hablar sobre una vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino?	SI..... 1 NO..... 2 → 925	
922	A Ud. le han aplicado esta vacuna?	SI..... 1 NO..... 2 → 925	
923	Cuántas veces le han aplicado la vacuna?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	
924	En qué lugar la atendieron la última vez?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
925	VERIFIQUE 104 DE 18 O MAS AÑOS DE EDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 1001		
926	Sabe usted qué es el autoexamen de seno? SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. El autoexamen de seno consiste en la palpación detallada de los senos, hecha por la propia mujer para detectar la aparición de alguna alteración o anomalía.	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3 → 931	
927	Se ha hecho usted este autoexamen?	SI..... 1 NO..... 2 → 931	
928	Por cuál medio aprendió a hacerse el examen?	MÉDICO/ENFERMERA..... 1 AMIGO/FAMILIAR..... 2 FOLLETO/VIDEO..... 3 INSTITUCIÓN DE SALUD..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
929	Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?	CADA MES..... 1 CADA SEIS MESES..... 2 SE LO HA HECHO UNA SOLA VEZ..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
930	En qué momento del ciclo menstrual se realiza usted el autoexamen?	DENTRO DEL 2 O 3 DÍA DESPUÉS DE LA MENSTRUACIÓN..... 01 DENTRO DE LOS 4-10 DÍAS DESPUÉS DE LA MENSTRUACIÓN..... 02 DENTRO DE LOS 4-10 DÍAS ANTES DE LA MENSTRUACIÓN..... 03 CON LA MENSTRUACIÓN..... 04 A LA MITAD DEL PERÍODO..... 05 SIEMPRE EL MISMO DÍA..... 06 EN CUALQUIER MOMENTO..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
931	En alguna consulta médica o ginecológica (examen físico completo) le han hecho a usted un examen clínico de seno? SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI LE HAN HECHO ESTE EXAMEN. Examen clínico de seno es cuando el médico o enfermera examina el seno para buscar o detectar alteraciones o malformaciones.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	934
932	Hace cuánto tiempo le hicieron su último examen clínico de seno?	DURANTE EL ÚLTIMO AÑO..... 1 DE 1 A 5 AÑOS..... 2 MÁS DE CINCO AÑOS..... 3 NO RECUERDA..... 8	
933	Por qué razón le hicieron examen clínico de seno?	TENÍA SÍNTOMAS EN LOS SENOS..... 1 CHEQUEO A PESAR DE QUE NO TENÍA NINGÚN SÍNTOMA..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
934	A usted le han detectado un tumor o anomalía en el seno?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
935	VERIFIQUE 104 DE 40 A 49 AÑOS DE EDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1001
936	Ud. ha oído hablar de la mamografía? SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. Una mamografía es un estudio con rayos X de cada uno de los senos que se hace para detectar cáncer de seno. Para hacer este examen cada seno se coloca en una bandeja y se comprime, puede ser doloroso.	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3	1001
937	Cómo se enteró Ud. acerca de la mamografía? Por algún otro medio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	FAMILIARES..... A AMIGAS..... B COLEGIO..... C RADIO..... D TELEVISIÓN..... E INSTITUCIÓN DE SALUD..... F PRENSA/REVISTA/FOLLETOS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... Z	
938	Alguna vez le han hecho a Ud. una mamografía?	SI..... 1 NO..... 2	951
939	Por qué razón le hicieron la mamografía?	PORQUE TENÍA SÍNTOMAS EN LOS SENOS.... 1 POR CHEQUEO A PESAR DE QUE NO TENÍA NINGÚN SÍNTOMA..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
940	Cuándo fue la última vez que le hicieron la mamografía?	MES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 9998	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
941	Con qué frecuencia se hace usted la mamografía de chequeo?	UNA VEZ AL AÑO..... 1 DOS VECES AL AÑO..... 2 CADA DOS AÑOS..... 3 SE LA HA HECHO SÓLO UNA VEZ..... 4	
942	Dónde le hicieron la última mamografía?	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... 1 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2 PROFAMILIA..... 3 LIGA CONTRA EL CÁNCER..... 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
943	La última mamografía fue pagada por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI", SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4	
944	Usted reclamó el resultado de la última mamografía?	SI..... 1 NO..... 2	1 → 946 2 →
945	Por qué no reclamó el resultado de la última mamografía?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER 1 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 2 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	1 } 2 } → 1001 3 } 6 }
946	Cuál fue el resultado de la mamografía?	NORMAL..... 1 ANORMAL..... 2 NO RECUERDA..... 8	1 → 1001 2 → 8 → 1001
947	Por el resultado anormal de la mamografía le tuvieron que hacer una biopsia? La biopsia consiste en la punción del seno con una aguja muy gruesa para sacar un pedazo de tejido. Es una aguja especial que se usa con ayuda de equipos de radiografía. Sin embargo, también se puede hacer una biopsia con una aguja fina pegada de una jeringa, y también se puede hacer una biopsia al operar.	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 8	1 → 949 2 → 8 → 949
948	Cuál fue la principal razón por la cual no le hicieron la biopsia?	SERVICIO QUEDA LEJOS..... 01 TRANSPORTE MUY COSTOSO 02 SERVICIO MUY COSTOSO 03 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 04 FUE PERO NO LO ATENDIERON..... 05 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 06 MUCHOS TRÁMITES..... 07 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO 08 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 09 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS 10 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 11 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS) 12 NO LE EXPLICARON QUÉ ERA IMPORTANTE..... 13 CREYÓ QUE PODÍA ESPERAR..... 14 NO SABÍA QUÉ HACER..... 15 NO CREYÓ EN EL RESULTADO..... 16 MIEDO/TEMOR..... 17 PEREZA/DESCUIDO..... 18 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
949	Usted recibió tratamiento como resultado de la mamografía o de la biopsia?	SI..... 1 NO..... 2	1 → 1001 2 →

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
950	Cuál fue la razón principal por la cual no recibió tratamiento?	<div> <div>SERVICIO QUEDA LEJOS..... 01</div> <div>TRANSPORTE MUY COSTOSO 02</div> <div>SERVICIO MUY COSTOSO..... 03</div> <div>SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 04</div> <div>FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 05</div> <div>NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 06</div> <div>MUCHOS TRÁMITES..... 07</div> <div>NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 08</div> <div>HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 09</div> <div>DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 10</div> <div>DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 11</div> <div>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 12</div> <div>NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 13</div> <div>CREYÓ QUE PODÍA ESPERAR..... 14</div> <div>NO SABÍA QUÉ HACER..... 15</div> <div>NO CREYÓ EN EL RESULTADO..... 16</div> <div>MIEDO/TEMOR..... 17</div> <div>PEREZA/DESCUIDO..... 18</div> <div>EL RESULTADO DE LA BIOPSIA FUE NORMAL..... 19</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> </div>	1001
951	Cuál es la razón principal por la cual no se ha hecho la mamografía?	<div> <div>SERVICIO QUEDA LEJOS..... 01</div> <div>TRANSPORTE MUY COSTOSO 02</div> <div>SERVICIO MUY COSTOSO..... 03</div> <div>SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 04</div> <div>FUE PERO NO LA ATENDIERON..... 05</div> <div>NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 06</div> <div>MUCHOS TRÁMITES..... 07</div> <div>NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 08</div> <div>HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 09</div> <div>DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 10</div> <div>DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 11</div> <div>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADOS RC/RS)..... 12</div> <div>EPS NO LA HA AUTORIZADO..... 13</div> <div>NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE..... 14</div> <div>CREÉ QUE PUEDE ESPERAR..... 15</div> <div>MIEDO/TEMOR..... 16</div> <div>PEREZA/DESCUIDO..... 17</div> <div>MÉDICO NO SE LA HA ORDENADO..... 18</div> <div>NO ESTA EN EDAD DE HACÉRSELA..... 19</div> <div>OTRO 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... 98</div> </div>	

SECCIÓN 10. SIDA Y OTRAS I.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
1001	Ahora me gustaría preguntarle sobre otras cosas: Ud. ha oído hablar sobre el VIH o una enfermedad llamada SIDA?	Si..... 1 NO..... 2	1040																
1002	Puede una persona evitar infectarse del virus que causa el SIDA, teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1003	Puede una persona infectarse del virus que causa el SIDA, por una picadura de mosquito?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1004	Puede una persona protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tiene relaciones sexuales?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1005	Puede una persona infectarse del virus que causa el SIDA, por compartir comida con una persona infectada?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1006	Puede una persona reducir el riesgo de infectarse del virus que causa el SIDA, absteniéndose de tener relaciones sexuales?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1007	Puede una persona infectarse del virus que causa el SIDA, por brujería o algún otro medio sobrenatural?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1008	Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1009	Usted cree que un persona que se infecta con el virus que causa el SIDA, no tiene salvación, es decir, cree que es una enfermedad terminal?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1010	Usted cree que tiene algún riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1011	Sabe Ud. si el virus del SIDA puede transmitirse de la madre al niño: a. Durante el embarazo?..... b. Durante el parto?..... c. Durante la lactancia?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																
1012	<p>VERIFIQUE 1011</p> <p>POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/></p>		1014																
1013	Sabe Ud. si existe alguna medicina especial que un médico o enfermera pueda dar a una mujer embarazada e infectada con el virus que causa el SIDA para reducir el riesgo de transmisión al bebé?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1014	Ud. ha oído hablar de los medicamentos antiretrovirales que las personas infectadas con el virus que causa el SIDA pueden obtener de un doctor o enfermera para ayudarles a vivir más tiempo?	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1015	<p>VERIFIQUE 210 Y 216</p> <p>ÚLTIMO NACIMIENTO DESDE <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO <input type="checkbox"/></p> <p>NOVIEMBRE DE 2006 ÚLTIMO NACIMIENTO ANTES <input type="checkbox"/></p> <p>DE NOVIEMBRE DE 2006</p>		1026																
1016	<p>VERIFIQUE 407</p> <p>TUVO CONTROL <input type="checkbox"/> NO TUVO CONTROL <input type="checkbox"/></p> <p>PRENATAL PRENATAL</p>		1026																
1017	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO POSIBLE PARA ASEGURAR LA PRIVACIDAD																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1018	<p>Durante alguno de sus controles prenatales en el último embarazo alguien le habló acerca de:</p> <p>a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres?.</p> <p>b. Cosas que Ud. puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el SIDA?.....</p> <p>c. Hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?.....</p>	<p style="text-align: right;">SI NO NS</p> <p>SIDA POR LA MADRE..... 1 2 8</p> <p>COSAS QUE PUEDE HACER..... 1 2 8</p> <p>PRUEBA DE SIDA..... 1 2 8</p>	
1019	Le sugirieron hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA en alguno de sus controles prenatales?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
1020	No quiero saber los resultados, pero Ud. se hizo la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA como parte de sus controles prenatales?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→1026
1021	No quiero saber los resultados, pero Ud. conoció el resultado de esta prueba?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
1022	En qué lugar se realizó la prueba?	<p>HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/</p> <p>PUESTO DE SALUD..... 1</p> <p>CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2</p> <p>PROFAMILIA..... 3</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1023	<p>La prueba fue pagada por la institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada?</p> <p>Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?</p>	<p>SI, TOTALMENTE..... 1</p> <p>SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2</p> <p>NO..... 3</p> <p>NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4</p>	
1024	Se ha realizado la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA, después de su último embarazo?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→1027
1025	Cuánto tiempo hace que se realizó la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA, la última vez?	<p>MENOS DE 12 MESES..... 1</p> <p>ENTRE 12-23 MESES..... 2</p> <p>2 AÑOS O MÁS..... 3</p>	→1033
1026	No quiero conocer los resultados, pero Ud. alguna vez se ha realizado la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→1031
1027	Cuánto tiempo hace que realizó la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA, la última vez?	<p>MENOS DE 12 MESES..... 1</p> <p>ENTRE 12-23 MESES..... 2</p> <p>2 AÑOS O MÁS..... 3</p>	
1028	La última vez que se realizó la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA, Ud. solicitó la prueba, se la ofrecieron y Ud. aceptó o fue requerida/ordenada?	<p>SOLICITÓ LA PRUEBA..... 1</p> <p>OFRECIDA Y ACEPTADA..... 2</p> <p>ORDENADA..... 3</p>	
1029	No quiero saber los resultados, pero Ud. conoció los resultados de esta prueba?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
1030	En qué lugar se realizó la prueba?	<p>HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/</p> <p>PUESTO DE SALUD..... 1</p> <p>CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 2</p> <p>PROFAMILIA..... 3</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	→1033
1031	Conoce algún lugar donde pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→1033
1032	<p>Cuál es ese lugar?</p> <p>Algún otro lugar?</p> <p>MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p>HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/</p> <p>PUESTO DE SALUD..... A</p> <p>CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B</p> <p>PROFAMILIA..... C</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1033	Ud. compraría verduras a una persona si supiera que tiene el virus que causa el SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABENO ESTÁ SEGURA..... 8</p>	
1034	Si un familiar suyo se llega a infectar con el virus que causa el SIDA, querría Ud. que se mantuviera en secreto?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABENO ESTÁ SEGURA..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1035	Si un familiar suyo se llega a infectar con el virus que causa el SIDA, estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en su propio hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1036	A un profesor que tiene el virus que causa el SIDA, se le debe permitir continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1037	Cree Ud. que si una persona es homosexual tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1038	Cree Ud. que se le debería enseñar a los niños entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1039	Cree Ud. que se le debería enseñar a los niños entre 12 y 14 años a esperar hasta que se casen para tener relaciones sexuales para evitar infectarse del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1040	<p>VERIFIQUE 1001:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>HA OÍDO HABLAR <input type="checkbox"/></p> <p>SOBRE SIDA</p> <p>↓</p> <p>Además del SIDA, Ud. ha oído hablar de otras infecciones que se pueden transmitir a través del contacto sexual?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO HA OÍDO HABLAR <input type="checkbox"/></p> <p>SOBRE SIDA</p> <p>↓</p> <p>Ud. ha oído hablar de infecciones que se pueden transmitir a través del contacto sexual?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	1101
1041	<p>(Aparte de los síntomas del SIDA), qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que un hombre</u> tiene una infección de transmisión sexual?</p> <p>Algunos otros?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTOPICAZÓN EN ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓNHINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERASLLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K NO HAY SÍNTOMAS..... L OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
1042	<p>(Aparte de los síntomas del SIDA), qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que una mujer</u> tiene una infección de transmisión sexual?</p> <p>Algunos otros?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	DOLOR ABDOMINAL..... A SECRECIÓN GENITAL..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTOPICAZÓN EN ÁREA GENITAL..... E INFLAMACIÓNHINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F ÚLCERASLLAGAS 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: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
1043	<p>VERIFIQUE 610</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>HA TENIDO <input type="checkbox"/></p> <p>RELACIONES SEXUALES</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO HA TENIDO <input type="checkbox"/></p> <p>RELACIONES SEXUALES</p> <p>→</p> </div> </div>		1055
1044	<p>VERIFIQUE 1040</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		1046

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
1045	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses: En los últimos 12 meses Ud. ha tenido alguna infección, la cual adquirió por contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1046	Algunas veces las mujeres experimentan un ardor con flujo o secreción vaginal anormal. En los últimos 12 meses Ud. ha tenido ardor con flujo vaginal anormal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1047	Algunas veces las mujeres experimentan llagas o úlceras en los genitales. En los últimos 12 meses Ud. ha tenido llagas o úlceras en los genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1048	VERIFIQUE 1045, 1046 Y 1047: HA TENIDO UNA INFECCIÓN (ALGÚN SI) <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCIÓN O NO SABE <input type="checkbox"/>		1055																				
1049	Cuándo tuvo la (INFECCION PREG. 1045/1046/1047) buscó tratamiento o consejo?	SI..... 1 NO..... 2	1052																				
1050	Dónde buscó consejo o tratamiento? En otro lugar? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CLÍNICA/INSTITUCIÓN/ PUESTO DE SALUD..... A CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... B PROFAMILIA..... C DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... D CURANDERO/YERBATERO..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) (PASE A 1052) ←																					
1051	El tratamiento fue pagado por la institución a la que se encuentra(encontraba) afiliada? Si "SI" SONDEE: Pagó total o parcialmente?	SI, TOTALMENTE..... 1 SI, PARCIALMENTE (COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS)..... 2 NO..... 3 NO ESTA(ESTABA) AFILIADA..... 4																					
1052	VERIFIQUE 652 PARA SABER CUANDO USAR EL PLURAL Cuando Ud. tuvo esa infección, se lo informó a la(s) persona(s) con quien(es) había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 A ALGUNOS/NO A TODOS..... 3																					
1053	Cuando Ud. tuvo esa infección, Ud. o su(s) pareja(s) hicieron algo para evitar infectarse el uno al otro?	SI..... 1 NO..... 2 MARIDO (COMPAÑERO) INFECTADO..... 3	1055																				
1054	Qué hizo usted o su(s) pareja(s) para evitar infectar al otro: a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales? b. Usaron condón en las relaciones sexuales? c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <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 O USÓ MEDICAMENTOS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		SI	NO	NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	USARON CONDÓN.....	1	2	TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2									
	SI	NO																					
NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2																					
USARON CONDÓN.....	1	2																					
TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2																					
1055	Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando: a. Ella sabe que su marido tiene una Infección de Transmisión Sexual?..... 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?.....	<table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr> <td>EL TIENE UNA ITS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CANSADA/HUMOR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	EL TIENE UNA ITS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/HUMOR.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																				
EL TIENE UNA ITS.....	1	2	8																				
OTRA MUJER.....	1	2	8																				
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																				
CANSADA/HUMOR.....	1	2	8																				
1056	Usted está de acuerdo con que una mujer le pida a su esposo/compañero que use condón si sabe que tiene una infección de transmisión sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1056A	En alguna de las consultas que ha tenido para el cuidado de su salud en los últimos 12 meses, le hablaron acerca de cómo prevenir las ITS o la infección por VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA IDO HA CONSULTA..... 3																					

SECCIÓN 11. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																												
1101	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS:</p> <p>NO CONTINÚE HASTA QUE LA EFECTIVA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA</p> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/> PRIVACIDAD IMPOSIBLE <input type="checkbox"/></p>		1166																																												
	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos 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																																														
1102	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 602: ESTADO CONYUGAL</p> <p>NUNCA UNIDA (602=3) <input type="checkbox"/></p> <p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p>		1127																																												
1103	<p>Ahora le voy a preguntar acerca de algunas situaciones que les suceden a algunas mujeres. Por favor, dígame si estas situaciones se han presentado (presentaron) en su relación con su actual o último esposo o compañero</p> <p>Alguna vez su esposo/compañero:</p> <p>a. Se ha puesto (se puso) celoso/bravo si habla(hablaba) con otro hombre?.....</p> <p>b. La ha acusado (la acusó) de serle infiel?.....</p> <p>c. Le ha impedido (le impidió) encontrarse con sus amiga(o)s?.....</p> <p>d. Ha tratado (trató) de limitar sus contactos con su familia?.....</p> <p>e. Ha insistido (insistió) en saber dónde está (estaba) todo el tiempo?.....</p> <p>f. Ha vigilado (vigiló) la forma como Ud. gasta(ba) el dinero?.....</p> <p>g. La ha ignorado (la ignoró)/no se dirige(dirigió) a usted?.....</p> <p>h. No ha contado (contó) con Ud. para reuniones sociales o familiares?.....</p> <p>i. No le ha consultado (le consultó) las decisiones importantes para la familia?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																													
SI	NO	SI	NO																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1104	Por favor dígame si su actual o último esposo (compañero) se dirige(ia) 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"?	<p>MUCHAS VECES..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>	1106																																												
1105	Estas situaciones se han presentado (se presentaron) en público o en privado?	<p>PÚBLICO..... 1</p> <p>PRIVADO..... 2</p> <p>AMBAS..... 3</p>																																													
1106	<p>Su esposo/compañero o exesposo/excompañero la ha amenazado (amenazó) alguna vez con:</p> <p>a. Abandonarla/irse con otra mujer?.....</p> <p>b. Quitarle los hijos?.....</p> <p>c. Quitarle el apoyo económico?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2																									
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																													
SI	NO	SI	NO																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1107	<p>Alguna vez su esposo/compañero o exesposo/excompañero:</p> <p>a. La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandeó)?</p> <p>b. La ha golpeado (la golpeó) con la mano?</p> <p>c. La ha golpeado (la golpeó) con un objeto?.....</p> <p>d. La ha mordido (la mordió)?.....</p> <p>e. La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)?.....</p> <p>f. La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>g. La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>h. Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?.....</p> <p>i. La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A. ALGUNA VEZ</th> <th colspan="2">B. Lo hizo en el último año?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?		SI	NO	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
A. ALGUNA VEZ		B. Lo hizo en el último año?																																													
SI	NO	SI	NO																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												
1	2	1	2																																												

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																				
1108	VERIFIQUE 1107: AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/>		1115																																																				
1109	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 NO RECUERDA..... 98																																																					
1110	Por favor dígame si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que su esposo/compañero le hizo:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. Tuvo deseos de suicidarse?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. Sintió que no valía nada?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. Se afectó su relación con sus hijos?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. No volvió a hablar con nadie?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. Se enfermó físicamente?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>k. Se enfermó de la cabeza?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8	b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8	c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8	d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8	e. Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8	f. Sintió que no valía nada?.....	1	2	8	g. Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8	h. No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8	i. Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....	1	2	8	j. Se enfermó físicamente?.....	1	2	8	k. Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8	l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8	
	SI	NO	NR																																																				
a. Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8																																																				
b. Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8																																																				
c. Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8																																																				
d. Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8																																																				
e. Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8																																																				
f. Sintió que no valía nada?.....	1	2	8																																																				
g. Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8																																																				
h. No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8																																																				
i. Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....	1	2	8																																																				
j. Se enfermó físicamente?.....	1	2	8																																																				
k. Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8																																																				
l. Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8																																																				
1111	VERIFIQUE 1110: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>		1114																																																				
1112	Fue Ud. al médico o a un centro de salud como resultado de lo que su esposo/compañero le hizo?	SI..... 1 NO..... 2	1114																																																				
1113	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																																																					
1114	Cuando Ud. ha sido agredida por su (último) esposo/compañero, Ud. se ha defendido golpeándolo o agrediéndolo físicamente? Si "SI", Alguna vez, en el último año?	ALGUNA VEZ..... 1 EN EL ULTIMO AÑO..... 2 NUNCA..... 3																																																					
1115	En momentos en que su esposo/compañero no la ha estado agrediendo, Ud. lo ha golpeado, lo ha insultado, lo ha controlado, lo ha celado? Alguna otra cosa? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	LO HA GOLPEADO..... A LO HA INSULTADO..... B LO HA CONTROLADO..... C LO HA CELADO..... D OTRA: X (ESPECIFIQUE) NUNCA..... Z	1118																																																				
1117	En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha agredido, golpeado, insultado, controlado o celado a su esposo/compañero?	MUCHAS VECES..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NUNCA..... 3																																																					
1118	Ud. bebe(bebía) alcohol?	SI..... 1 NO..... 2	1120																																																				
1119	En los últimos 12 meses con qué frecuencia se ha embriagado?	MUCHAS VECES..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NUNCA..... 3																																																					
1120	Su esposo/compañero bebe(bebía) alcohol?	SI..... 1 NO..... 2	1122																																																				
1121	En los últimos 12 meses con qué frecuencia se ha embriagado?	MUCHAS VECES..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NUNCA..... 3																																																					
1122	Su esposo/compañero consume(consumía) sustancias sicoactivas?	SI..... 1 NO..... 2	1124																																																				
1123	En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha consumido sustancias sicoactivas?	MUCHAS VECES..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NUNCA..... 3																																																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1124	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE UNIDA <input type="checkbox"/> 601=1, 2 NO UNIDA <input type="checkbox"/>		1127
1125	En los últimos 12 meses Ud. ha pensado en separarse?	SI..... 1 NO..... 2	1127
1126	Cuál es la razón principal por la cual ha pensado en separarse?	VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA SICOLÓGICA, SEXUAL)..... 01 INFIDELIDAD DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 INFIDELIDAD DE LA ENTREVISTADA..... 03 INCUMPLIMIENTO CON LOS DEBERES DE ESPOSO/PADRE..... 04 EMBRIAGUEZ HABITUAL..... 05 USO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS..... 06 MUTUO CONSENTIMIENTO..... 07 POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD..... 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
1127	VERIFIQUE CASILLAS EN 801: ESTADO CONYUGAL EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/> SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <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	1130
1128	Quién? Alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C HIJO/HIASTRO..... D OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... E OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... F NOVIO..... G EXNOVIO..... H OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1129	En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha sido golpeada, abofeteada, pateada o herida físicamente, por esta persona?	SIEMPRE..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NO..... 3	
1130	VERIFIQUE 201, 234 Y 251: ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		1134
1131	Alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o herido a Ud. cuando estaba embarazada (en cualquiera de sus embarazos)?	SI..... 1 NO..... 2	1134
1132	Quién? Alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... B OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... C OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... D NOVIO..... E EXNOVIO..... F ESPOSO/COMPAÑERO..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1133	Como consecuencia de esa violencia Ud. ha perdido algún embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	
1135	Alguna vez ha sido forzada físicamente por alguna persona (diferente a su esposo/compañero) a tener relaciones o actos sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	1142
1136	Ud. quiere que hablemos de ese suceso?	SI..... 1 NO..... 2	1142

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1137	Quién la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales? Alguien más la ha forzado? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	PADRE..... A PADRASTRO..... B HERMANO..... C EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... D NOVIO..... E SUEGRO..... F OTRO HOMBRE PARIENTE DEL MARIDO..... G OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... H HOMBRE AMIGO..... I PROFESOR(A)..... J EMPLEADOR..... K DESCONOCIDO..... L OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1138	Quando sucedió esto, tomó anticoncepción de emergencia?	SI..... 1 NO..... 2	
1139	Cómo resultado de este suceso quedó embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	
1140	En algún momento le hablaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que hay sido objeto de una violación?	SI..... 1 NO..... 2	
1141	Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?	EDAD..... <input type="text"/>	
1142	Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1144
1143	Quién la obligó? Alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F AMIGA(O)..... G PROFESOR(A)/EMPLEADOR(A)/DESCONOCIDO(A)..... H OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1144	Alguna vez la han tocado o manoseado sin que Ud. quisiera?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1146
1145	En qué lugar sucedió esto? Algún otro lugar? MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	BUS..... A CALLE..... B CASA..... C COLEGIO..... D MERCADO..... E REUNIÓN..... F DISCOTECA..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1146	Alguna vez se ha sentido incómoda o morboseada en la calle?	SI..... 1 NO..... 2	
1147	VERIFIQUE: 1107, 1127, 1131, 1135, 1142 1107= AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ 1127=1, 1131=1, 1135=1, 1142=1 HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	→ 1156
1148	Quando la han maltratado físicamente, Ud. le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1150
1149	A quién le ha pedido ayuda? A alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO..... F EXNOVIO..... G ESPOSO/COMPAÑERO..... H AMIGA(O)/VECINA(O)..... I PROFESOR(A)/EMPLEADOR..... J OTRO: X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1150	<p>Cuando la han maltratado físicamente, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?</p> <p>Si "SI", a cuál institución ha acudido?</p> <p>A alguna otra institución?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A</p> <p>COMISARÍA DE FAMILIA..... B</p> <p>ICBF..... C</p> <p>FISCALÍA..... D</p> <p>JUZGADO..... E</p> <p>INSTITUCIÓN DE SALUD..... F</p> <p>PROFAMILIA..... G</p> <p>PERSONERO..... H</p> <p>CASA DE JUSTICIA..... I</p> <p>OTRA: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z</p>	<p>1155</p>
1151	<p>Le sirvió buscar ayuda?</p> <p>Si "NO", Por qué no le sirvió?</p>	<p>SI SIRVIÓ..... 01</p> <p>NO; MUCHOS TRAMITES..... 02</p> <p>NO; MUY COSTOSO..... 03</p> <p>NO; FALTÓ TIEMPO..... 04</p> <p>NO; LA TRATARON MAL, LA HUMILLARON..... 05</p> <p>NO; NO RESOLVIERON EL CASO..... 06</p> <p>NO; NO HUBO RESPUESTA..... 07</p> <p>OTRA: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1152	<p>Denunció el maltrato?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>1155</p>
1153	<p>Ante qué autoridad denunció el maltrato físico?</p> <p>Ante alguna otra autoridad?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A</p> <p>COMISARÍA DE FAMILIA..... B</p> <p>FISCALÍA..... C</p> <p>JUZGADO..... D</p> <p>OTRA: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NUNCA HA DENUNCIADO..... Z</p>	<p>1155</p>
1154	<p>Cuál fue el resultado del denuncia?</p> <p>Algo más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>SANCIONARON AL AGRESOR..... A</p> <p>LE PROHIBIERON VOLVER A ENTRAR A LA CASA..... B</p> <p>LE PROHIBIERON ACERCARSE A ELLA..... C</p> <p>NO RECIBÍ SANCIÓN..... D</p> <p>NO CESÓ LA VIOLENCIA..... E</p> <p>AUMENTÓ LA VIOLENCIA..... F</p> <p>OTRA: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>1156</p>
1155	<p>Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado (o retiró el denuncia) a la persona que le hizo daño?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO SABE A DÓNDE 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 AGREDIÓ..... H</p> <p>CREE QUE PUEDE RESOLVERLO SOLA..... I</p> <p>NO CREE EN LA JUSTICIA..... J</p> <p>HA TENIDO EXPERIENCIAS NEGATIVAS AL DENUNCIAR..... K</p> <p>PIENSA QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR..... L</p> <p>TODAVÍA QUIERE A LA PERSONA QUE LA AGREDIÓ..... M</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1156	<p>Hasta donde Ud. sabe, su padre golpeaba a su madre?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
1157	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601 Y 602: ESTADO CONYUGAL</p> <p>601=1,2 602=1,2</p> <p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p>		<p>1159</p>
1158	<p>Hasta dónde Ud. sabe, su esposo/compañero fue maltratado en su infancia por parte de sus padres o padrastros?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	
1159	Tiene algún hijastro/hijo adoptivo viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2		
1160	VERIFIQUE 201, 217, 1159 AL MENOS UN HIJO/HIASTRO/ HIJO ADOPTIVO VIVO <input type="checkbox"/>	NINGÚN HIJO/HIASTRO/ HIJO ADOPTIVO VIVO <input type="checkbox"/>	1165	
1161	Los niños se quejan en ocasiones por que algún adulto los molesta. Su(s) hijo(s) le ha(n) comentado que algún miembro de la familia, vecino o amigo de la casa le ha tocado o besado sus partes íntimas o el adulto le ha mostrado las partes íntimas al niño?	SI..... 1 NO..... 2		
1162	Quién castiga (castigaba) a sus hijos (o a sus hijastros) en el hogar? Alguien más?	PADRE/PADRASTRO..... A MADRE O ENTREVISTADA/MADRASTRA..... B OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y	1165	
1163	SI 1162 = A <input type="checkbox"/> SI 1162 = B <input type="checkbox"/> SI 1162 = X <input type="checkbox"/>			
1164	A. En qué forma castiga su esposo/compañero a: Sus hijos? Sus hijastros/hijos adoptivos? HIJOS DE ELLA HIJASTROS/HIJOS ADOPTIVOS DE ELLA PALMADAS..... A A EMPUJONES..... B B REPRIMENDA VERBAL..... C C PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... D D PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... E E CON GOLPES CON OBJETOS..... F F DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... G G IGNORÁNDOLOS..... H H PONIÉNDOLES TRABAJO NO ADECUADO..... I I DEJÁNDOLOS POR FUERA DE CASA..... J J ECHÁNDOLES AGUA..... K K ESCONDIÉNDOLES LA ROPA..... L L QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... M M QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... N N OTRA: X X (ESPECIFIQUE)	B. En qué forma castiga Ud. a: Sus hijos? Sus hijastros/hijos adoptivos? HIJOS DE ELLA HIJASTROS/HIJOS ADOPTIVOS DE ELLA PALMADAS..... A A EMPUJONES..... B B REPRIMENDA VERBAL..... C C PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA..... D D PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... E E CON GOLPES CON OBJETOS..... F F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G G IGNORÁNDOLA..... H H PONIÉNDOLE TRABAJO NO ADECUADO..... I I DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J J ECHÁNDOLE AGUA..... K K ESCONDIÉNDOLE LA ROPA..... L L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N N OTRA: X X (ESPECIFIQUE)	C. En qué forma castiga esa persona a: Sus hijos? Sus hijastros/hijos adoptivos? HIJOS DE ELLA HIJASTROS/HIJOS ADOPTIVOS DE ELLA PALMADAS..... A A EMPUJONES..... B B REPRIMENDA VERBAL..... C C PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA(BA)..... D D PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... E E CON GOLPES CON OBJETOS..... F F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G G IGNORÁNDOLA..... H H PONIÉNDOLE TRABAJO NO ADECUADO..... I I DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J J ECHÁNDOLE AGUA..... K K ESCONDIÉNDOLE LA ROPA..... L L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N N OTRA: X X (ESPECIFIQUE)	
1165	En qué forma usualmente la castigan (castigaban) a Ud. sus padres? De alguna otra forma? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	PALMADAS..... A EMPUJONES..... B REPRIMENDA VERBAL..... C PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA(BA)..... D PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... E CON GOLPES CON OBJETOS..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G IGNORÁNDOLA..... H PONIÉNDOLE TRABAJO NO ADECUADO..... I DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J ECHÁNDOLE AGUA..... K ESCONDIÉNDOLE LA ROPA..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO LA CASTIGAN (CASTIGABAN)..... Z		
1166	HORA DE TERMINACIÓN:	HORA..... MINUTOS.....		
AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUÉLVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.				

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: _____

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO. LA COLUMNA 1 DEBE 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 (NORPLANT/JADELLE)
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

ÚLTIMO EMBARAZO QUE TERMINÓ EN PÉRDIDA O NACIDO MUERTO ANTES DE NOVIEMBRE DE 2004

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

MES.....

AÑO.....

			1	2	
	12	DIC			01
	11	NOV			02
	10	OCT			03
	09	SEP			04
2	08	AGO			05
0	07	JUL			06
1	06	JUN			07
0	05	MAY			08
	04	ABR			09
	03	MAR			10
	02	FEB			11
	01	ENE			12
	12	DIC			13
	11	NOV			14
	10	OCT			15
	09	SEP			16
2	08	AGO			17
0	07	JUL			18
0	06	JUN			19
9	05	MAY			20
	04	ABR			21
	03	MAR			22
	02	FEB			23
	01	ENE			24
	12	DIC			25
	11	NOV			26
	10	OCT			27
	09	SEP			28
2	08	AGO			29
0	07	JUL			30
0	06	JUN			31
8	05	MAY			32
	04	ABR			33
	03	MAR			34
	02	FEB			35
	01	ENE			36
	12	DIC			37
	11	NOV			38
	10	OCT			39
	09	SEP			40
2	08	AGO			41
0	07	JUL			42
0	06	JUN			43
7	05	MAY			44
	04	ABR			45
	03	MAR			46
	02	FEB			47
	01	ENE			48
	12	DIC			49
	11	NOV			50
	10	OCT			51
	09	SEP			52
2	08	AGO			53
0	07	JUL			54
0	06	JUN			55
6	05	MAY			56
	04	ABR			57
	03	MAR			58
	02	FEB			59
	01	ENE			60
	12	DIC			61
	11	NOV			62
	10	OCT			63
	09	SEP			64
2	08	AGO			65
0	07	JUL			66
0	06	JUN			67
5	05	MAY			68
	04	ABR			69
	03	MAR			70
	02	FEB			71
	01	ENE			72
2004	12	DIC			73
	11	NOV			74