



SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
101	ANOTE LA HORA.	HORAS..... MINUTOS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
102	Me gustaría primero, hacerle algunas preguntas acerca de usted y de su hogar. Hasta cumplir los 12 años, ¿adónde vivió usted la mayor parte del tiempo: en la ciudad, en un pueblo o en el campo?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3									
103	En qué mes y año nació usted?	MES..... NO SABE MES.....98 AÑO..... NO SABE AÑO.....98	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
104	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 103 Y 104 SI NO ESTAN DE ACUERDO.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
105	¿Asistió alguna vez a la escuela?	SI.....1 NO.....2	→ 108								
106	¿Cuál fue el curso más alto que usted completó (aprobó) y en qué nivel?	NIVEL NINGUNO.....0 PRIMARIO.....1 SECUNDARIO.....2 UNIVERSITARIO.....3	CURSO <table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0						
0	0										
107	COTEJE NIVEL EN 106: NINGUNO O PRIMARIO <input type="checkbox"/> SECUNDARIO O UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		→ 109								
108	¿Puede usted leer una carta o periódico fácilmente, con dificultad o le resulta imposible?	FACILMENTE.....1 CON DIFICULTAD.....2 NO PUEDE LEERLO.....3	→ 111								
109	¿Lee periódicos todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	TODOS LOS DIAS.....1 AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA.....2 DE VEZ EN CUANDO.....3 NUNCA.....4	→ 111								
110	¿Cuál periódico lee usted más frecuentemente?		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>								
111	¿Escucha la radio todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	TODOS LOS DIAS.....1 AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA.....2 DE VEZ EN CUANDO.....3 NUNCA.....4	→ 113								
112	¿Qué emisora y qué programa escucha usted más frecuentemente?	EMISORA _____ PROGRAMA _____									
113	¿Mira televisión todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	TODOS LOS DIAS.....1 AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA.....2 DE VEZ EN CUANDO.....3 NUNCA.....4	→ 115								
114	¿Qué canal y qué programa mira usted más frecuentemente?	CANAL _____ PROGRAMA _____									

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
115	<p>COTEJE LA PREG.4 EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR</p> <p>LA MUJER ENTREVISTADA NO ES RESIDENTE HABITUAL</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL</p> <p style="text-align: center;">→</p>	201
116	<p>Ahora, me gustaría preguntarle acerca del sitio en el que usted vive habitualmente.</p> <p>¿Vive habitualmente en una ciudad, en un pueblo, o en un campo?</p> <p>SI VIVE EN UNA CIUDAD: ¿En cuál ciudad vive? SI DICE "CAMPO" SELECCIONE 5. SI RESPONDE "CIUDAD" O "PUEBLO" ESCRIBA EL NOMBRE.</p>	<p>EN LA CAPITAL, CIUDAD GRANDE....1 CIUDAD MEDIANA.....2 CIUDAD PEQUEÑA.....3 PUEBLO.....4 CAMPO.....5</p> <p>_____</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO)</p>	
117	<p>¿En qué PROVINCIA está localizado(s)?</p>	<p>_____</p> <p>(NOMBRE DE LA PROVINCIA)</p>	
118	<p>Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre el hogar en que usted vive actualmente.</p> <p>¿De qué tipo es la vivienda donde usted vive?</p> <p>(LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>CASA INDEPENDIENTE.....1 APARTAMENTO.....2 CASA EN HILERA O BLOQUE.....3 VIVIENDA EN PIEZA O PARTE DE ATRAS.....4 BARRACON.....5 OTRA.....6</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
119	<p>¿Es esa casa propia, alquilada, cedida, prestada, o la ocupa su hogar bajo otra condición?</p>	<p>PROPIA PAGADA.....1 PROPIA PAGANDOSE.....2 ALQUILADA.....3 PRESTADA O CEDIDA.....4 OTRA.....5</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	121 121
120	<p>¿Cuánto pagan de alquiler?</p>	<p>PESOS DOMINICANOS \$</p> <p>NO SABE</p>	
121	<p>¿Podría describir el principal material del piso de su hogar?</p> <p>(LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>PISO NATURAL TIERRA.....11 PISO ACABADO MADERA.....31 MOSAICO/GRANITO/MARMOL.....33 CEMENTO.....34 OTRO.....41</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
122	<p>¿Cuál es el material principal de construcción de las paredes?</p> <p>(LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>BLOQUES O CONCRETO.....01 MADERA.....02 PALMA.....03 TEJAMANIL.....04 LADRILLOS.....05 YAGUA.....06 MATERIALES DE DESHECHO.....07 OTRO.....08</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
123	<p>¿Podría describir el principal material del techo de su hogar?</p> <p>(LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS)</p>	<p>CONCRETO.....01 ZINC.....02 ZINC DE CARTON.....03 TEJAS.....04 ABESTO CEMENTO.....05 MADERA.....06 CANA.....07 YAGUA.....08 OTRO.....09</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
124	<p>¿Cuántas habitaciones tiene esa vivienda (la parte que usa su hogar) sin incluir cocina ni baños?</p>	<p>NUMERO DE CUARTOS.....</p>	
125	<p>¿Cuántos dormitorios?</p>	<p>NUMERO DE DORMITORIOS.....</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
126	¿Qué tipo de alumbrado tiene en su hogar?	ELECTRICIDAD DE LA CDE.....1 PLANTA ELECTRICA,Y/O INVERSOR...2 1 Y 2.....3 LAMPARAS A GAS PROPANO.....4 LAMPARAS A GAS KEROSENE.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	
127	¿Cuál es el principal combustible que utilizan en su casa para cocinar?	GAS PROPANO.....01 CARBON.....02 LEÑA.....03 ELECTRICIDAD.....04 KEROSENE.....05 OTRO.....06 (ESPECIFIQUE) NO COCINAN.....07	
128	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de su hogar?	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLOVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CANION/TANQUE.....51 AGUA EMBOTELLADA.....61 OTRO.....71 (ESPECIFIQUE)	130
129	¿Hierven o filtran el agua para beber?	SI, PARA LOS NIÑOS.....1 SI, PARA TODOS.....2 NO.....3	
130	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para otro uso en su hogar que no sea para beber (lavar las manos, lavar los platos, bañarse, etc.)	AGUA DE TUBERIA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 FUERA DE LA VIVIENDA.....12 AGUA DE POZO POZO.....21 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL/RIO/ARROYO.....31 LLOVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CANION/TANQUE.....51 OTRO.....71 (ESPECIFIQUE)	132
131	¿Cuánto tiempo le toma llegar allí, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL SITIO.....996	
132	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?	INODORO DE ARRASTRE INODORO PRIVADO.....11 INODORO COLECTIVO.....12 FOSO/LETRINA LETRINA PRIVADA.....21 LETRINA COLECTIVA.....22 NO HAY SERVICIO.....31 OTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	
133	¿Tiene en su hogar:	SI NO ABANICO.....1 2 RADIO.....1 2 EQUIPO DE MUSICA.....1 2 AIRE ACONDICIONADO.....1 2 TELEVISOR.....1 2 NEVERA.....1 2 ESTUFA.....1 2 PLANCHA ELECTRICA.....1 2 LAVADORA DE ROPA.....1 2 CALENTADOR DE AGUA.....1 2 BOMBA DE AGUA.....1 2 TINACO EN EL TECHO.....1 2	
134	¿Algún miembro de su hogar tiene:	SI NO CARRO.....1 2 MOTOR.....1 2 BICICLETA.....1 2	
135	¿Cómo eliminan la basura en su hogar?	AYUNTAMIENTO.....1 EMPRESA PRIVADA U OTRA PERSONA...2 LA QUEMAN.....3 LA TIRAN EN EL PATIO/SOLAR.....4 OTRO.....5 (ESPECIFIQUE)	

## SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
201	Quisiera preguntarle ahora, acerca de todos los nacidos vivos o nacidas vivas que haya tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez?	SI.....1 NO.....2→207					
202	De los hijos o hijas que ha tenido, ¿hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	SI.....1 NO.....2→204					
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas hembras viven con usted? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
204	¿De los hijos que ha tenido, ¿hay algún hijo o hija que esté vivo pero que no vive con usted?	SI.....1 NO.....2→207					
205	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted? ¿Y cuántas hijas hembras están vivas pero no viven con usted? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
206	SI TIENE HIJOS VIVOS QUE NO VIVEN CON ELLA: De los hijos varones que no viven con usted ¿Cuántos viven en el extranjero? SI TIENE HIJAS VIVAS QUE NO VIVEN CON ELLA De las hijas hembras que no viven con usted ¿Cuántas viven en el extranjero? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	HIJOS EN EL EXTRANJERO.... HIJAS EN EL EXTRANJERO....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
207	¿Dió alguna vez a luz a un hijo o hija que nació vivo pero que falleció después, aunque sólo haya vivido algunas horas o días? ?	SI.....1 NO.....2→209					
208	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Y cuántas hijas hembras han muerto? SI LA REPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
209	SUME LAS RESPUESTAS DADAS A 203, 205 Y 208 Y ANOTE EL TOTAL. SI LA RESPUESTA A 201 Y 207 ES "NO", ANOTE "00".	TOTAL.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
210	COTEJE 209:  Solo para estar segura de que tengo la información correcta: usted ha tenido en TOTAL _____ hijos nacidos vivos. ¿Esté correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201-209 DE SER NECESARIO						
211	COTEJE 209:  UNO O MAS <input type="checkbox"/> NACIDOS VIVOS NINGUN <input type="checkbox"/> NACIDO VIVO		→225				

211A Ahora me gustaría hablar con usted de todos los hijos que ha dado a luz, ya sea que estén vivos o no, empezando por el primer hijo que tuvo.

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

212 ¿Cómo se llama su (primer, segundo, etc.) hijos?	213 ANOTE SI EL NACIMIENTO FUE MULTIPLE O SENCILLO.	214 ¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	216 ¿Está (NOMBRE) vivo(a)?	217 SI VIVE: ¿Cuántos años cumpli- dos tiene (NOMBRE)?  ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.	218 SI VIVE: ¿Está él/ ella vivien- do con usted?	219 SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD:  ¿Con quién vive (NOMBRE)?  SI TIENE 15+: PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO.	220 SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía cuando falleció? SI TENIA "1 AÑO": INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía(NOMBRE)? ANOTE LOS DIAS SI TENIA MENOS DE UN MES, LOS MESES SI TENIA MENOS DE DOS AÑOS, O LOS AÑOS.
01 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
02 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
03 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
04 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
05 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
06 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
07 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
08 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO)← NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3

212 ¿Cómo se llama su (primer, segundo, etc.) hijos?	213 ANOTE SI EL NACIMIENTO FUE MULTIPLE O SENCILLO.	214 ¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	216 ¿Está (NOMBRE) vivo(a)?	217 SI VIVE: ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.	218 SI VIVE: ¿Está él/ella viviendo con usted?	219 SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD: ¿Con quién vive (NOMBRE)?  SI TIENE 15+: PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO.	220 SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía cuando falleció? SI TENIA "1 AÑO": INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE LOS DIAS SI TENIA MENOS DE UN MES, LOS MESES SI TENIA MENOS DE DOS AÑOS, O LOS AÑOS.
---	--	-------------------------------------	--	--------------------------------	---	---	--	---

  

09	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
10	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
11	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
12	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
13	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
14	(NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	VARON...1 HEMBRA...2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI...1 (PASE AL PROXIMO) NO...2	PADRE...1 OTRO FAMILIAR...2 ALGUIEN MAS...3 (PASE A 221)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3

  

221 COMPARE 209 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS DE MAS ARRIBA Y ANOTE SEGUN CORRESPONDA:

LOS NUMEROS SON LOS MISMOS

↓

LOS NUMEROS SON DIFERENTES

→ (INDAGUE Y CORRIJA LA CONTRADICCION)

COTEJE: POR CADA NACIMIENTO: SE ANOTA EL AÑO DE NACIDO

POR CADA HIJO VIVO: SE ANOTA LA EDAD ACTUAL

POR CADA HIJO FALLECIDO: SE ANOTA LA EDAD AL MORIR

POR CADA CASO DE EDAD AL MORIR IGUAL A DOCE MESES: TRATE DE DETERMINAR EL NUMERO EXACTO DE MESES

  

222 COTEJE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1986. SI NO SE DECLARO NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 224.

  

223 POR CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986 ANOTE UNA "M" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "M".

  

224 AL FINAL DEL CALENDARIO, ANOTE EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1986, SI EXISTE.

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
225	¿Está usted ahora embarazada?	SI.....1 NO.....2 INSEGURA.....8	→228
226	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted?  ANOTE "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES EN QUE ESTE EMBARAZADA.	MESES..... <input type="text"/>	
227	¿Cuándo quedó embarazada, quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más tarde, o no quería quedar embarazada de ninguna manera?	EN ESE MOMENTO .....1 MAS TARDE.....2 DE NINGUNA MANERA.....3	
228	Ha tenido alguna vez un embarazo en el cual tuvo pérdida, aborto o terminó con un nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	→234
228A	¿Cuántos de esos embarazos terminaron en pérdida o aborto? ¿Cuántos de esos embarazos terminaron en nacidos muertos?  SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE "00".	PERDIDAS..... <input type="text"/> NACIDOS MUERTOS..... <input type="text"/>	
229	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
230	COTEJE 229: FECHA TERMINO ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) DESDE ENERO 1986 <input type="text"/> ANTES DE ENERO 1986 <input type="text"/>		→234
231	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó?  ANOTE "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO.	MESES..... <input type="text"/>	
232	COTEJE 228A: PERDIDAS+NACIDOS MUERTOS IGUAL A DOS O MAS <input type="text"/> SOLO UNA PERDIDA O NACIDO MUERTO <input type="text"/>		→234
233	PREGUNTE POR FECHAS Y DURACION DE ALGUN OTRO EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1986. ANOTE UNA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN QUE EL EMBARAZO TERMINO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES.		
234	¿Cuándo empezó su última regla?	DIAS ATRAS.....1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3 AÑOS ATRAS.....4 EN MENOPAUSIA.....994 ANTES DEL ULTIMO EMBARAZO.....995 NUNCA MENSTRUO.....996	
235	¿Cree usted que entre el primer día de una regla y el primero de la siguiente regla hay períodos en los cuales una mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→301
236	¿En qué período tiene una mujer más probabilidad de quedar embarazada?	DURANTE LA MENSTRUACION.....1 JUSTO ENSEGUIDA DE TERMINAR LA MENSTRUACION.....2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA MENSTRUACION Y LA OTRA.....3 JUSTO ANTES DE QUE EMPIECE LA MENSTRUACION.....4 EN CUALQUIER MOMENTO.....5 OTRA.....6 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	



SECCION 3: ANTICONCEPCION

301 Ahora me gustaría hablar sobre planificación familiar, o sea las diferentes formas o los diferentes métodos que una pareja puede usar para dejar para después o evitar un embarazo. ¿De cuáles métodos ha oído usted hablar?  
ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 1 EN 302 CORRESPONDIENTE A CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.  
LEA A SEGUIDAS DE ARRIBA HACIA ABAJO EN LA COLUMNA, EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.  
ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 2 SI EL METODO SE RECONOCE, Y EL NUMERO 3 SI NO SE RECONOCE.  
LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS 303-304 CORRESPONDIENTES A CADA METODO DONDE LOS NUMEROS 1 Y 2 ESTEN ENCERRADOS EN UN CIRCULO EN 302, ANTES DE SEGUIR CON EL METODO SIGUIENTE.

	302 ¿Ha oído usted hablar alguna vez de (METODO)? LEA LA DESCRIPCION DE CADA METODO	303 ¿Ha usado usted alguna vez el (METODO)?	304 Si una persona quisiera usar (EL METODO) ¿Sabe usted dónde podría conseguirlo?
01 PASTILLAS O PILDORAS Las mujeres pueden tomar una pastilla o píldora todos los días.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
02 DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que les coloque en la matriz un aparato (I de Cobre).	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
03 INPLANTE Las mujeres pueden hacerse colocar por un médico, debajo de la piel del brazo, cápsulas que impiden que salga embarazada por 5 años	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
04 INYECCIONES Las mujeres pueden pedir que un médico o una enfermera les aplique una inyección para evitar quedar embarazadas durante varios meses.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
05 TABLETA, ESPUMA, DIAFRAGMA Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una tableta, espuma, esponja, diafragma antes de tener relaciones sexuales.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
06 CONDOM O PRESERVATIVO Los hombres pueden usar preservativo durante las relaciones sexuales	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
07 ESTERILIZACION FEMENINA (PRE- PARARSE). Las mujeres pueden operarse para evitar tener más hijos.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	Se ha hecho usted la operación para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
08 ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA). Los hombres pueden operarse para evitar tener más hijos.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
09 RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales durante ciertos días del mes, cuando la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	¿Sabe dónde puede una persona pedir consejo sobre el ritmo o abstinencia periódica? SI.....1 NO.....2
10 RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar.	SI/ESPONTANEO.....1 SI/RECONOCIDO.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
11 ¿Ha oído usted hablar de alguna otra manera o método usado por las mujeres o los hombres para evitar el embarazo?			
1 _____ (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONTANEO.....1 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
2 _____ (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONTANEO.....1 NO.....3	SI.....1 NO.....2	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
304A	COTEJE 302 PARA PASTILLA O PILDORA (METODO 01). CONOCE (CODIGO 1 O 2) <input type="checkbox"/>	NO CONOCE (CODIGO 3) <input type="checkbox"/> → PASE A 305	
304B	¿Sabe usted cómo deben usarse las pastillas (píldoras)?	SI.....1 NO.....2 → 305	
304C	Por favor, ¿puede usted decirme cuál es la forma correcta de usarlas?	RESPUESTA CORRECTA.....1 RESPUESTA PARCIALMENTE CORRECTA.....2 RESPUESTA INCORRECTA.....3  (ESPECIFIQUE)	
305	COTEJE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" (ALGUNA VEZ HA USADO) <input type="checkbox"/> → PASE A 309	
306	¿Ha usado usted algo alguna vez, o ha tratado de alguna manera de postergar o evitar el embarazo?	SI..... <input type="checkbox"/> → 308 NO..... <input type="checkbox"/>	
307	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA CADA MES EN BLANCO → 339		
308	¿Qué ha usado o qué ha hecho usted? CORRIJA 303-305 (Y 302 SI ES NECESARIO).		
309	¿Cuál fue el <u>primer método</u> que usó o qué fue lo primero que hizo para evitar quedar embarazada?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 IMPLANTE.....03 INYECCIONES.....04 TABLETAS/ESPUMA/DIAFRAGMA.....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08 RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA.....09 RETIRO.....10 OTRO.....11 (ESPECIFIQUE)	→ 311
310	¿Adónde consiguió este método la <u>primera vez</u> ?	SECTOR PUBLICO HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS.....11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS.....12 CLIN/DISPENSARIO DEL CEA.....13 HOSP/CLIN/DISPENSARIO FF.AA/P.N.....14 PROMOTORA DE SESPAS.....15 SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA DE PROFAMILIA.....20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22 CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23 CONSULT DE IGLESIA/OTRA ENTIDAD.....24 FARMACIA.....25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....26 PROMOTORA DE PROFAMILIA.....27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....28 OTRA PROMOTORA.....29 (ESPECIFIQUE) OTRO.....41 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....96	
311	¿Cuántos hijos vivos o hijas vivas tenía en el momento en que empezó a usar método, si tenía alguno?  SI NO TENIA NINGUNO, REGISTRE "00".	NUMERO DE HIJOS ..... <input type="text"/>	

312	COTEJE 225:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></div> <div>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></div> </div>	→331
313	COTEJE 303:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></div> <div>MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></div> </div>	→315A
314	¿Nace algo <u>ahora</u> o está usando algún método para evitar quedar embarazada?   SI.....1		
		NO.....2	→331
315	¿Qué método está usted usando?	PASTILLAS.....01   DIU.....02   IMPLANTE.....03   INYECCIONES.....04   TABLETA/ESPUMA/DIAFRAGMA.....05   CONDON.....06   ESTERILIZACION FEMENINA.....07   ESTERILIZACION MASCULINA.....08   RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA.....09   RETIRO.....10   OTRO.....11   (ESPECIFIQUE)	→322 →319 →320 →326
315A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA ENCIERRE EL "07" EN UN CIRCULO.		
316	Cuando usted comenzó a usar las pastillas, consultó con un doctor o una enfermera?	SI.....1   NO.....2   NO SABE.....3	
317	La <u>última vez</u> que consiguió las pastillas, consultó con un doctor o una enfermera?	SI.....1   NO.....2	
318	Por favor, puede mostrarme la caja de pastillas que está usando actualmente?	MOSTRO LA CAJA.....1   NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> <input type="text"/>   NO PUDO MOSTRARLA.....2	→318B
	(ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)		
318A	¿Sabe el nombre de las pastillas que está usando ahora?	NOMBRE DE LA MARCA <input type="text"/> <input type="text"/>   NO SABE.....98	
	(ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)		
318B	¿Cuánto le cuesta una (caja/ciclo) de pastillas?	COSTO (RD\$)..... <input type="text"/> <input type="text"/>   GRATIS.....9996   NO SABE.....9998	→322
319	Por favor, puede usted mostrarme la caja o el sobre del tipo de condón que está usando?	MOSTRO LA CAJA/SOBRE.....1   NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> <input type="text"/>   NO PUDO MOSTRARLA.....2	→319B
	(ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)		
319A	¿Sabe el nombre del tipo de condón que está usando actualmente?	NOMBRE DE LA MARCA <input type="text"/> <input type="text"/>   NO SABE.....98	
	(ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)		
319B	¿Cuánto le cuesta una caja/tira de condón de tres unidades?	COSTO (RD\$)..... <input type="text"/> <input type="text"/>   GRATIS.....9996   NO SABE.....9998	→322
320	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación para evitar tener más hijos?	FECHA MES..... <input type="text"/> <input type="text"/>   AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
321	ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION (MASCULINA/FEMENINA) EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES POSTERIOR A LA FECHA DE LA OPERACION O A ENERO DE 1986, SI LA OPERACION TUVO LUGAR ANTES DE 1986		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
322	<p>COTEJE 315:</p> <p>ESTA ELLA/EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> NO ESTA ELLA/EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Adónde tuvo lugar la esterilización? <input type="checkbox"/> ¿Adónde consiguió el (METODO) la última vez? <input type="checkbox"/></p>	<p>SECTOR PUBLICO</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS...11</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS...12</p> <p>CLIN/DISPENSARIO DEL CEA.....13</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO FF.AA/P.N.14</p> <p>PROMOTORA DE SESPAS.....15 →324</p> <p>SECTOR PRIVADO MEDICO</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....20</p> <p>CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA..21</p> <p>CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22</p> <p>CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO</p> <p>PRIVADO.....23</p> <p>CONSULT DE IGLESIA/OTRA ENTIDAD.24</p> <p>FARMACIA.....25</p> <p>BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....26</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA.....27</p> <p>PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....28</p> <p>OTRA PROMOTORA.....29 →326</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO.....41</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....98</p>	
323	<p>Por favor, puede usted decirme el nombre y la dirección de la clínica/consultorio/médico?</p> <p>ANOTE EL NOMBRE, YA SEA EL NOMBRE DE LA CLINICA, DEL CONSULTORIO O DEL MEDICO PARTICULAR, SEGUN CORRESPONDA; ASIMISMO LA DIRECCION DE LA CLINICA O DEL CONSULTORIO</p>	<p>NOMBRE: CLIN./CONSULT./MEDICO</p> <p>DIRECCION CLINICA/CONSULTORIO:</p> <p>CALLE.....</p> <p>NO.....</p> <p>BARRIO.....</p> <p>LOCALIDAD.....</p> <p>→326</p>	
324	<p>¿Cuánto tiempo le toma ir de su casa a ese sitio?</p> <p>SI ES MENOS DE 2 HORAS, ESCRIBA MINUTOS.</p> <p>SI ES DOS HORAS O MAS, ESCRIBA HORAS.</p>	<p>MINUTOS.....1</p> <p>HORAS.....2</p> <p>NO SABE.....9998</p>	
325	<p>¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?</p>	<p>FACIL.....1</p> <p>DIFICIL.....2</p>	
326	<p>¿Por cuales razones decidieron usar (EL METODO DE 315) en lugar de otro método de planificación familiar?</p> <p>SI MENCIONO MAS DE UNA MARQUE CADA RAZON MENCIONADA Y PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál es la razón principal?</p> <p>ANOTE EL CODIGO.</p> <p>CODIGO RAZON PRINCIPAL →</p>	<p>RECOMENDACION DE TRABAJADOR DE PLANIFICACION FAMILIAR.....A</p> <p>RECOMENDACION MEDICO PRIVADO....B</p> <p>RECOMENDACION DE AMIGO/FAMILIAR.....C</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS DE OTROS METODOS.....D</p> <p>COMODIDAD DE USO.....E</p> <p>ACCESO/DISPONIBILIDAD.....F</p> <p>PRECIO CONVENIENTE.....G</p> <p>DESEABA METODO PERMANENTE/ NO QUIERE MAS HIJOS.....H</p> <p>PREFERENCIA DEL MARIDO.....I</p> <p>DESEABA METODO MAS EFECTIVO.....J</p> <p>RAZONES SALUD DE LA MUJER.....K</p> <p>PROTECCION CONTRA EL SIDA.....L</p> <p>OTRA RAZON.....M</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....N</p> <p>CODIGO <input type="checkbox"/></p>	
327	<p>¿Ha tenido usted algún problema relacionado con el uso del (METODO ACTUAL)?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 →329</p>	
328	<p>¿Cuáles son los problemas que ha tenido?</p> <p>SI MENCIONO MAS DE UNO MARQUE CADA PROBLEMA MENCIONADO Y PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál es el problema principal?</p> <p>ANOTE EL CODIGO.</p> <p>CODIGO PROBLEMA PRINCIPAL →</p>	<p>ESPOSO/MARIDO DESAPRUEBA.....A</p> <p>EFFECTOS COLATERALES.....B</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD.....C</p> <p>ACCESO/DISPONIBILIDAD.....D</p> <p>PRECIO ELEVADO.....E</p> <p>INCOMODO DE USAR.....F</p> <p>ESTERILIZADA, QUIERE TENER MAS HIJOS.....G</p> <p>OTRA RAZON.....H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....I</p> <p>CODIGO <input type="checkbox"/></p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PAGE A
329	<p>COTEJE 315 Y 320:</p> <p>NI MUJER NI MARIDO ESTERILIZADA(O)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ESTERILIZADA(O) ANTES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p> <p>ESTERILIZADA(O) DESDE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p>	<p>→348</p> <p>→331</p>	
330	<p>ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 315 EN EL MES ACTUAL EN LA COL.1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO POR ULTIMA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método?</li> <li>- ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente el método?</li> </ul>		
331	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su marido ha usado un método para evitar quedar embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1986.</p> <p>USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL ULTIMO MES DE USO.</p> <p>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1.</p> <p>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO NO FUE INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuándo fue la última vez que usó ese método? ¿Qué método era ése?</li> <li>- ¿Cuándo comenzó a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)?</li> <li>- ¿Cuánto tiempo usó el método entonces?</li> </ul> <p>COLUMNA 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)?</li> <li>- ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</li> </ul> <p>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE:</p> <p>"¿Cuántos meses esperó hasta quedar embarazada?"</p> <p>Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</p>		
332	<p>COTEJE EN EL CALENDARIO:</p> <p>USABA METODO EN EL MES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p> <p>NO USO NINGUN METODO EN EL MES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p>	→334	
333	<p>Me doy cuenta que estaba usando (EL METODO) en Enero de 1986</p> <p>¿Cuándo empezó a usar (EL METODO) la última vez? (ESTA FECHA NO PODRA SER UNA FECHA ANTERIOR A LA DEL NACIMIENTO DE ALGUN NIÑO NACIDO ANTES DE ENERO DE 1986)</p>	<p>MES.....</p> <p>AÑO.....</p>	→338
334	<p>Me doy cuenta que no estaba usando ningún método anticonceptivo en Enero de 1986. ¿Usó alguna vez algún método antes de esa fecha?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	→338
335	<p>COTEJE 215:</p> <p>TUVO NACIMIENTOS ANTES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p> <p>NO TUVO NACIMIENTOS ANTES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/></p>	→337	
336	<p>¿Usó algún método entre el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO NACIDO ANTES DE ENERO DE 1986) y Enero de 1986?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	→338
337	<p>¿Cuándo fue la última vez que dejó de usar un método antes de Enero de 1986?</p>	<p>MES.....</p> <p>AÑO.....</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
338	<p>COTEJE 315:</p> <p>NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>ESTA ACTUALMENTE USANDO ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO), RETIRO U OTRO METODO TRADICIONAL <input type="checkbox"/> (PASE A 344)</p> <p>ESTA ACTUALMENTE USANDO METODO MODERNO <input type="checkbox"/></p>		348
339	¿Piensa usar un método para evitar embarazos en el futuro?	<p>SI.....1→341</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8→344</p>	
340	<p>¿Cuáles son las razones por las que no piensa usar ningún método?</p> <p>SI MENCIONA MAS DE UNO MARQUE CADA RAZON MENCIONADA Y PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál es la razón principal?</p> <p>ANOTE EL CODIGO</p> <p>CODIGO RAZON PRINCIPAL →</p>	<p>QUIERE MAS NIROS.....A</p> <p>FALTA DE INFORMACION.....B</p> <p>MARIDO DESAPRUEBA.....C</p> <p>PRECIO ELEVADO.....D</p> <p>EFFECTOS COLATERALES.....E</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD.....F</p> <p>DIFICIL CONSEGUIR LOS METODOS.....G</p> <p>RELIGION.....H</p> <p>OPUESTA A PLANIFICACION FAMIL.....I</p> <p>FATALISTA.....J</p> <p>OTRAS PERSONAS SE OPONEN.....K</p> <p>RELAC. SEXUALES NO FRECUENTES.....L</p> <p>DIFICULTAD QUEDAR EMBARAZADA.....M</p> <p>MEHOPAUSICA/TUVO OPERACION.....N</p> <p>SON INCOMODOS.....O</p> <p>NO CASADA.....P</p> <p>OTRO.....Q</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....R</p> <p>CODIGO <input type="checkbox"/> →344</p>	
341	¿Piensa usar un método en los próximos doce meses?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	
342	¿Cuándo use un método, cuál método preferiría usar?	<p>PASTILLAS.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>IMPLANTE.....03→343</p> <p>INYECCIONES.....04</p> <p>TABLETAS/ESPUMA/DIAFRAGMA.....05</p> <p>CONDON.....06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA.....07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA.....08→343</p> <p>RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA.....09</p> <p>RETIRO.....10</p> <p>OTRO.....11→344</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....98</p>	
342A	<p>¿Por qué preferiría el condón?</p> <p>(MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE SE MENCIONEN)</p>	<p>PROTECCION CONTRA EL SIDA.....A</p> <p>COMODIDAD DE USO.....B</p> <p>OTROS METODOS HACEN DAÑO.....C</p> <p>PRECIO CONVENIENTE.....D</p> <p>ACCESO/DISPONIBILIDAD.....E</p> <p>MARIDO LO PREFIERE.....F</p> <p>ES MAS EFECTIVO.....G</p> <p>OTRO.....H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....I</p>	
343	<p>¿Adónde puede conseguir (METODO MENCIONADO EN 342)?</p> <p>(MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE SE MENCIONEN)</p> <p>¿Cuál es el lugar principal?</p> <p>ANOTE EL CODIGO</p> <p>CODIGO LUGAR PRINCIPAL →</p>	<p>SECTOR PUBLICO</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS.....A</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IOSS.....B</p> <p>CLIN/DISPENSARIO DEL CEA.....C</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO F.A/P.N.....D</p> <p>PROMOTORA DE SESPAS.....E</p> <p>SECTOR PRIVADO MEDICO</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....F</p> <p>CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....G</p> <p>CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....H</p> <p>CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....I</p> <p>CONSULT DE IGLESIA/OTRA ENTIDAD.....J</p> <p>FARMACIA.....K</p> <p>BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....L</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA.....M</p> <p>PROMOTORA DE ADOPLAFAM.....N</p> <p>OTRA PROMOTORA.....O</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO.....P</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....Q</p> <p>CODIGO <input type="checkbox"/></p>	
343A	<p>COTEJE 343:</p> <p>LUGAR PRINCIPAL, LETRA A,B,C,D,F,G,H,I,J,K,L,N <input type="checkbox"/></p> <p>346 ←</p>	<p>Q</p> <p>LETRA E,N,O,P <input type="checkbox"/></p> <p>348 ←</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
344	¿Sabe de un sitio donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	348
345	¿Adónde es eso?          (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PUBLICO HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS...11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS...12 CLIN/DISPENSARIO DEL CEA...13 HOSP/CLIN/DISPENSARIO F.A/P.N...14 PROMOTORA DE SESPAS...15 SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA DE PROFAMILIA...20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA...21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM...22 CLINICA/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO...23 CONSULT DE IGLESIA/OTRA ENTIDAD...24 FARMACIA...25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA...26 PROMOTORA DE PROFAMILIA...27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM...28 OTRA PROMOTORA...29 (ESPECIFIQUE) OTRO (ESPECIFIQUE) 41	348 348 348
346	¿Cuánto tiempo le toma ir de su casa a este sitio? SI ES MENOS DE 2 HORAS, ESCRIBA MINUTOS. SI ES DOS HORAS O MAS, ESCRIBA HORAS.	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NO SABE.....9998	
347	¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?	FACIL.....1 DIFICIL.....2	
348	¿En el último mes, ha oído en la radio o ha visto en la televisión algún mensaje sobre planificación familiar? en la radio? en la televisión?	SI NO RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2	
349	¿Está usted de acuerdo o no está de acuerdo con que den información en la televisión o la radio sobre planificación familiar?	DE ACUERDO.....1 NO ESTA DE ACUERDO.....2 NO SABE.....8	
350	¿Ha visto u oído usted anuncios de métodos anticonceptivos?	SI.....1 NO.....2	354
351	¿En qué medio? (LEER OPCIONES Y MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE SE MENCIONEN)	TELEVISION.....A RADIO.....B PERIODICO.....C REVISTA.....D AFICHES.....E FOLLETOS.....F OTRO.....G (ESPECIFIQUE) NO SABE.....H	
352	¿Recuerde cuál método anunciaban?	PASTILLAS.....A CONDONES.....B OTRO.....C (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA.....D	354
353	¿Recuerde la marca?	MICROGYNON.....A PROTECTION.....B OTRO.....C (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA.....D	
354	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI.....1 NO.....2	401
355	¿De qué forma puede contagiarse (enfermarse) una persona con el SIDA?  INDAGUE: ¿Alguna otra forma? (MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS)	RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS ENFERMAS.....A MEDIANTE TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA.....B USANDO JERINGUILLAS, NAVAJAS, ETC. CONTAMINADAS.....C OTRA FORMA.....D (ESPECIFIQUE) NO SABE.....E	
356	¿Cree usted que es fácil, difícil o imposible que usted se contagie (enferme) del SIDA?	FACIL.....1 DIFICIL.....2 IMPOSIBLE.....3 NO SABE.....4	401
357	¿Por qué?	(ESPECIFIQUE)	
358	SI CONTESTO "FACIL" EN 356, PREGUNTE: ¿Qué medidas está tomando (qué hace) usted para evitar contagiarse (enfermarse)?	(ESPECIFIQUE) NINGUNA MEDIDA.....96	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	COTEJE 222: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1986 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1986 <input type="checkbox"/> (PASE A 444)		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1986 COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. SI HAY MAS DE TRES NACIDOS VIVOS USE FORMAS ADICIONALES Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.		
402A	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>
402B	ULTIMO NACIDO VIVO DE LA P. 212 Y DE LA P. 216	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
402C	DE LA P. 215 ANOTE EL MES Y AÑO DE NACIMIENTO, PREGUNTANDO ADEMAS EL DIA DE NACIMIENTO (NOMBRE) nació en (MES) del (AÑO) ¿Me puede decir qué día nació él/ella?	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
403	¿Cuándo usted quedó embarazada con (NOMBRE), quería tener ese niño entonces, quería esperar hasta más tarde o no quería (más) niños?	ENTONCES.....1 (PASE A 405)<	ENTONCES.....1 (PASE A 405)<
		MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 405)<	MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 405)<
404	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES.....1 AÑOS.....2 NO SABE.....998	MESES.....1 AÑOS.....2 NO SABE.....998
405	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) se chequeó el embarazo alguna vez? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿con quién se chequeó? ¿se chequeó con alguien más? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE VIO.	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....F (ESPECIFIQUE) NADIE.....G (PASE A 409)<	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....F (ESPECIFIQUE) NADIE.....G (PASE A 409)<
406	¿A qué lugar fue a chequearse por primera vez?	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....41 ESPECIFIQUE NO SABE.....98 PASE A 407<	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....41 ESPECIFIQUE NO SABE.....98 PASE A 407<
406A	¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98
407	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a chequearse por primera vez?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98
408	¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante ese embarazo?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....98



	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
408A ¿Tuvo algún problema o complicación relacionado con el embarazo de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 409<	SI.....1 NO.....2 PASE A 409<	SI.....1 NO.....2 PASE A 409<
408B ¿Qué problemas tuvo?	(ESPECIFIQUE) <input type="text"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="text"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="text"/>
409 ¿Cuándo estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron una inyección en el brazo para prevenir que el bebé le diera tétanos, o sea convulsiones después de nacido?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410A)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410A)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410A)< NO SABE.....8
410 ¿Cuántas veces recibió la inyección?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
410A ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de orina?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 410C)< NO SABE.....8
410B ¿Cuántas veces le hicieron el examen de la orina?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
410C ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de la sangre?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)< NO SABE.....8
410D ¿Cuántas veces le hicieron el examen de la sangre?	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... NO SABE.....8
411 ¿Adónde dió usted a luz a (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....11 OTRO.....41 (ESPECIFIQUE) PASE A 412<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....11 OTRO.....41 (ESPECIFIQUE) PASE A 412<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....11 OTRO.....41 (ESPECIFIQUE) PASE A 412<
411A ¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8
412 ¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)?  INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....F (ESPECIFIQUE) NADIE.....G (PASE A 414)<	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....F (ESPECIFIQUE) NADIE.....G (PASE A 414)<	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....F (ESPECIFIQUE) NADIE.....G (PASE A 414)<
413 ¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
414 ¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) a tiempo o nació prematuro, es decir, sietemesino u ochomesino?	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8
415 ¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
416	¿Pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
417	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? (SI NO FUE PESADO O NO SABE PIDA UNA ESTIMACION)	<div> <div>LIBRAS</div> <div>ONZAS</div> <div>NO SABE.....9998</div> </div>	<div> <div>LIBRAS</div> <div>ONZAS</div> <div>NO SABE.....9998</div> <div>(PASE A 420)</div> </div>	<div> <div>LIBRAS</div> <div>ONZAS</div> <div>NO SABE.....9998</div> <div>(PASE A 420)</div> </div>
418	¿Volvió su regla desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 420)←		
419	¿ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL (O EMBARAZO ACTUAL).	(PASE A 421)		
420	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no le llegó la menstruación?	ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y CADA UNO DE LOS MESES QUE NO TUVO LA MENSTRUACION. SI MENOS DE UN MES SIN MENSTRUACION ANOTE "0" EN LA COL. 3 EN MES DESPUES DEL NACIMIENTO		
421	COTEJE 225: ¿MUJER EMBARAZADA?	NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARRAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 424)		
422	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 424)←		
423	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DE CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO Y CADA UNO DE LOS MESES HASTA EL MES ACTUAL.	(PASE A 425)		
424	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no tuvo relaciones sexuales?	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE ESTUVO SIN TENER RELACIONES SEXUALES, COMENZADO POR EL MES INMEDIATAMENTE SIGUIENTE AL MES DEL NACIMIENTO. SI ESTUVO MENOS DE UN MES SIN RELACIONES SEXUALES, ANOTE "0" EN LA COL.4 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.		
425	¿Le dió el pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 428)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 436)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 436)←
426	ANOTE "N" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO			
427	¿Cuál fue la principal razón por la que nunca le dió el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO(A)/DEBIL.02 NIÑO(A)/MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJA/TRABAJABA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO.....08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)←	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO(A)/DEBIL.02 NIÑO(A)/MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO.....08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)←	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL...02 NIÑO(A)/MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO.....08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)←

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
428	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho?  SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS. SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS DE OTRA MANERA, ANOTE DÍAS	INMEDIATAMENTE.....000  HORAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
429	COTEJE 216: ESTA EL NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO(A) <input type="checkbox"/> MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 436)	
430	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 436)	
431	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DE CALENDARIO EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL.		
432	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	¿En algún momento de ayer o o de anoche, le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente? :  Agua sola? Agua de azúcar? Agua de arroz Crema de habichuelas Jugo? Té de hierbas o tisana? Leche de lata especial para bebé? Leche de vaca o chiva? Leche diluida o en polvo? Sopa? Otros líquidos? Puré de viveres Puré de frutas? Compota Algún otro alimento sólido o papilla?	SI NO AGUA SOLA.....1 2 AGUA DE AZUCAR.....1 2 AGUA DE ARROZ.....1 2 CREMA DE HABICHUELAS...1 2 JUGO.....1 2 TE DE HIERBAS/TISANA...1 2 LECHE DE LATA ESPECIAL PARA BEBE.....1 2 LECHE .....1 2 LECHE DILUIDA/EN POLVO.1 2 SOPA.....1 2 OTROS LIQUIDOS.....1 2 PURÉ DE VIVERES.....1 2 PURÉ DE FRUTAS.....1 2 COMPOTA.....1 2 ALGUN OTRO ALIMENTO SOLIDO O PAPILLA.....1 2	
435	COTEJE 434: ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO DADO AYER?	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> (PASE A 440) "NO" EN TODOS <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
436	¿Durante cuántos meses o semanas dió usted el pecho a (NOMBRE)?	MESES _____ SEMANAS _____	MESES _____ SEMANAS _____	MESES _____ SEMANAS _____
ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE LE DIO EL PECHO, EMPEZANDO CON EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO.  SI LE DIO PECHO POR MENOS DE UN MES, ANOTE "0" EN LA COLUMNA 5 EN EL MES SIGUIENTE DESPUES DEL NACIMIENTO.				
437	¿Cuál fue la razón por la que dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO MUERTO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJA/TRABAJABA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO.....10 OTRA.....11 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO MUERTO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJA/TRABAJABA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO.....10 OTRA.....11 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERMO/DEBIL.....02 NIÑO MUERTO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENOS.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJA/TRABAJABA.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO.....10 OTRA.....11 (ESPECIFIQUE)
438	COTEJE 216: ¿ESTA EL NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)
439	¿Se le dió (ha dado) a (NOMBRE) agua o algo más de beber o alguna comida? (Diferente que leche de pecho)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 441)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 441)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 441)
440	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle algún alimento de la siguiente lista en forma permanente?  Leche de lata especial para bebé?  Agua?  Otros líquidos?  Algún alimento sólido o papilla?  SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00"	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... NO LE DIO.....96
441	COTEJE 216: ¿ESTA EL (LA) NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO(A) <input type="checkbox"/> MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 443)	VIVO(A) <input type="checkbox"/> MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 443A) (PASE A 443)	VIVO(A) <input type="checkbox"/> MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 443A) (PASE A 443)
442	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de un biberón con tetera ayer o anoche?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 443A)		
443	Usted me dijo que (NOMBRE) murió ¿De qué murió él/ella?	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
443A	REGRESE A 402A PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, SIGA CON 444.			

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
444	COTEJE 215: ALGUN NACIMIENTO EN 1983 1984, O EN 1985? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             SI <input type="checkbox"/>              ↓              NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO ANTES DE 1986:              (NOMBRE) _____           </div> <div>             NO <input type="checkbox"/> → 449           </div> </div>		
445	¿Alguna vez le dió el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 → 447	
446	¿Por cuántos meses le dió el pecho a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
447	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no le llegó la menstruación?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO HA VUELTO/ NO VOLVIO.....96	
448	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no tuvo relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO REANUDO.....96	
449	COTEJE 401: UNO O MAS NACIDOS DESDE ENERO DE 1986 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> <input type="checkbox"/>              ↓              (PASE A 451)           </div> <div>             NO HUBO NACIDOS              DESDE ENERO              1986 <input type="checkbox"/> → 501           </div> </div>		

SECCION 4B. VACUNACION Y SALUD

<p>451 ENTRE EN LA TABLA EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986. HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE TODOS LOS NACIMIENTOS, COMENZANDO POR EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE 3 NACIMIENTOS UTILICE FORMAS ADICIONALES).</p>				
451A	NUMERO DE LINEA DE LA PREG.212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
452	¿Tiene una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES 'SI', ¿Puedo verla, por favor?	SI, VISTA.....1 (PASE A 454).....2 SI, NO VISTA.....2 (PASE A 456).....3 NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 454).....2 SI, NO VISTA.....2 (PASE A 456).....3 NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 454).....2 SI, NO VISTA.....2 (PASE A 456).....3 NO HAY TARJETA.....3
453	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 456).....2 NO.....2	SI.....1 (PASE A 456).....2 NO.....2	SI.....1 (PASE A 456).....2 NO.....2
454	(1)COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA  (2)ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DE 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO HAY FECHA AMOTADA.	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>P3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>D3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
455	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en esta tarjeta? AMOTE "SI" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO N, 1-3, Y/O SARAMPION	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 454, PASE A 458) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458).....8	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 454 Y PASE A 458) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458).....8	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y < ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 454 Y PASE A 458) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458).....8
456	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458).....8 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458).....8 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458).....8 NO SABE.....8
457	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo o en el hombro izquierdo que deja una cicatriz?  Vacuna contra el Polio, esto es, gotas en la boca?  SI LA RESPUESTA ES "SI": ¿Cuántas veces?  ¿Una inyección contra el sarampión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8  NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>  SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
458	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando lo llevó a chequear por primera vez para ver como estaba?	MESES..... <input type="text"/> MURIO PEQUEÑO.....95 NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> MURIO PEQUEÑO.....95 NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> MURIO PEQUEÑO.....95 NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	
459	COTEJE 216:  ESTA EL NIÑO(A) VIVO(A)?			
	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 461)	
460	REGRESE A 452 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; O, SI NO HAY MAS, PASE A 490.			
461	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las dos últimas semanas? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
462	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en las dos últimas semanas? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 466)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 466)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 466)	
463	¿Ha estado (NOMBRE) con tos en las últimas 24 horas? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
464	¿Cuántos días (le duró/le ha durado) la tos? SI MENOS DE UN DIA, ANOTE "00" DIAS.....	DIAS.....	DIAS.....	
465	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la tos, respiraba más rápido que de costumbre (respiraciones cortas y rápidas)? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
466	COTEJE 461 Y 462: FIEBRE O TOS? "SI" EN 461 O 462 OTRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 470)			
466A	¿Le dieron algo a (NOMBRE) para tratarle la fiebre/tos? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 468)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 468)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 468)	
467	¿Qué le dieron para tratarle la fiebre o la tos, si le dieron algo? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE) INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRO JARABE O PASTILLA.....E REMEDIO CASERO/.....F HIERBA MEDICINAL.....G OTRO.....H (ESPECIFIQUE)	INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRO JARABE O PASTILLA.....E REMEDIO CASERO/.....F HIERBA MEDICINAL.....G OTRO.....H (ESPECIFIQUE)	INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRO JARABE O PASTILLA.....E REMEDIO CASERO/.....F HIERBA MEDICINAL.....G OTRO.....H (ESPECIFIQUE)	
468	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre/tos? SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)	
469	¿Adónde pidió consejo o tratamiento para la fiebre o tos?  ¿Alguien más?  (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO.....F MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA.....H U OTRA ENTIDAD.....I FARMACIA.....J OTRA PROMOTORA.....K OTRO.....L (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO.....F MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA.....H U OTRA ENTIDAD.....I FARMACIA.....J OTRA PROMOTORA.....K OTRO.....L (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA PRIVADA.....F CONSULTORIO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA.....H U OTRA ENTIDAD.....I FARMACIA.....J OTRA PROMOTORA.....K OTRO.....L (ESPECIFIQUE)
470	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea durante las dos últimas semanas? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 472)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 472)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 472)	
471	REGRESE A 452 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 490.			
472	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las últimas 24 horas? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	
473	¿Cuánto tiempo le ha durado/le duró la diarrea? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/>	
474	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 478A)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 478A)	
475	COTEJE 425/430 ¿LE DA TODAVIA EL PECHO AL ULTIMO NIÑO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (PASE A 478A)		
476	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea varió usted la cantidad de veces que le dió el pecho?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 478)<		
477	¿Le dió usted más veces, menos veces o dejó de darle completamente el pecho?	MAS VECES.....1 MENOS VECES.....2 DEJO DE DARLE.....3		
478	¿Le suspendió (dejó de darle) a (NOMBRE) alimentos durante la diarrea?	SI.....1 (PASE A 479)< NO.....2 NO LE DABA.....8 (PASE A 479)<		
478A	(Además del pecho) ¿Le dió la misma cantidad de alimentos que le daba antes de la diarrea, le daba más, o le daba menos?	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
479	¿Durante los días que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dió algo para tratarle la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 481)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 481)< NO SABE.....8	
480	¿Qué le dieron para tratarle la diarrea?  ¿Algo más?  (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE)	SUERO TOMADO DE SOBRE.....A SUERO CASERO.....B SUERO POR LAS VENAS.....C PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E INYECCION MUSCULAR.....F INYECCION EN LAS VENAS.....G REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....H OTRO.....I (ESPECIFIQUE)	SUERO TOMADO DE SOBRE.....A SUERO CASERO.....B SUERO POR LAS VENAS.....C PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E INYECCION MUSCULAR.....F INYECCION EN LAS VENAS.....G REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....H OTRO.....I (ESPECIFIQUE)	SUERO TOMADO DE SOBRE.....A SUERO CASERO.....B SUERO POR LAS VENAS.....C PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E INYECCION MUSCULAR.....F INYECCION EN LAS VENAS.....G REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....H OTRO.....I (ESPECIFIQUE)
481	Buscó consejo o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 484)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 484)<	
482	¿Adónde pidió consejo?  ¿Alguien más?  (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I OTRO CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....L ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I OTRO CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....L ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I OTRO CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....L ESPECIFIQUE
483	COTEJE 480: ¿LE DIERON AL NIÑO SUERO DE SOBRE?	NO MENCIONA SUERO DE SOBRE <input type="checkbox"/> SI, MENCIONA SUERO DE SOBRE <input type="checkbox"/> (PASE A 485)	NO MENCIONA SUERO DE SOBRE <input type="checkbox"/> SI, MENCIONA SUERO DE SOBRE <input type="checkbox"/> (PASE A 485)	
484	Le dieron a (NOMBRE) suero tomado de sobre cuando él/ella tuvo diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 486)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 486)< NO SABE.....8	
485	¿Cuántos días le estuvo dando suero tomado de sobre a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	



	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	
486	COTEJE 480: LE DIERON EL SUERO CASERO RECOMENDADO YA MENCIONADO	NO, NO LE DIERON SUERO CASERO. <input type="checkbox"/> SI, SI LE DIERON SUERO CASERO  <input type="checkbox"/> (PASE A 488)	NO, NO LE DIERON SUERO CASERO. <input type="checkbox"/> SI, SI LE DIERON SUERO CASERO  <input type="checkbox"/> (PASE A 488)	NO, NO LE DIERON SUERO CASERO. <input type="checkbox"/> SI, SI LE DIERON SUERO CASERO  <input type="checkbox"/> (PASE A 488)
487	Le dieron a (NOMBRE) algún suero casero preparado con agua, azúcar y sal cuando él/ella tuvo diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 489)<- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 489)<- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 489)<- NO SABE.....8
488	¿Cuántos días le estuvo dando a (NOMBRE) el suero preparado con agua, azúcar y sal? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NO SABE.....98
489	REGRESE A 452 PARA EL SIGUIENTE NACIMIENTO; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 490.			
490	COTEJE 480 (TODAS LAS COLUMNAS): NO SE MENCIONA SUERO TOMADO DE SOBRE EN 480 Y/O 484 <input type="checkbox"/> O NO APLICAN <input type="checkbox"/> SE MENCIONA SUERO TOMADO DE <input type="checkbox"/> SOBRE EN 480 Y/O 484 <input type="checkbox"/> →494			
491	¿Ha oído hablar alguna vez de un producto especial o sobre para suero tomado que puede conseguir para tratar la diarrea?	SI.....1 NO.....2	→493	
492	¿Ha visto antes un sobrecito parecido a éste? (MUESTRELE EL SOBRE)	SI.....1 NO.....2	→497	
493	¿Ha preparado un suero con uno de estos sobres para tratarse usted una diarrea o tratársela a alguien más? (MUESTRELE EL SOBRE)	SI.....1 NO.....2	→496	
494	La última vez que usted preparó la solución, la preparó toda de una vez, o solamente preparó una parte del sobre?	TODOS EL SOBRE DE UNA VEZ.....1 SOLAMENTE UNA PARTE DEL SOBRE.....2	→496	
495	¿Qué cantidad de agua utilizó la última vez para preparar el suero con el sobrecito?  SI LA ENTREVISTADA RESPONDE "LITRO". INDAGUE SOBRE EL TIPO DE ENVASE QUE UTILIZO Y MARQUE LA OPCION MENCIONADA.	CANTIDAD..... <input type="text"/> NO SABE.....98 TIPO DE ENVASE: BOTELLA PEQUEÑA DE REFRESCO...1 BOTELLA GRANDE DE REFRESCO...2 BOTELLA PEQUEÑA DE CERVEZA...3 BOTELLA GRANDE DE CERVEZA...4 BIBERON DE 8 ONZAS.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8		
495A	¿Además del agua le añade usted algo más?	SI.....1 NO.....2		
496	¿Adónde puede conseguir el sobre para el suero tomado?  INDAGUE: ¿En alguna otra parte?  (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO MEDICO CLINICA/CONSULTORIO PRIVADO ..F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I OTRO CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....L (ESPECIFIQUE)		
497	COTEJE 480 (TODAS LAS COLUMNAS) SUERO CASERO SUMINISTRADO A <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO NO SE SUMINISTRO SUERO CASERO A NINGUN NIÑO O NO APLICAN LAS PREGUNTAS 480 Y 487 <input type="checkbox"/> →501			
498	¿Quién le enseñó a preparar el suero casero hecho con agua, azúcar y sal que le dieron a (NOMBRE) cuando él/ella tuvo diarrea?	MEDICO.....1 ENFERMERA.....2 PROMOTORA.....3 OTRO.....4 ESPECIFIQUE		

SECCION 5. NUPCIALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	¿Ha estado usted alguna vez casada o unida aunque haya sido por poco tiempo?	SI.....1 NO.....2	→504
502	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 6 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA, Y EN CADA MES HACIA ATRAS HASTA ENERO DE 1986 .		
503	SI NUNCA ESTUVO EN UNION: ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	→512 →516
504	¿Actualmente está usted casada o unida, o es viuda, divorciada, o separada (se dejaron)?	CASADA.....1 VIVE EN UNION.....2 VIUDA.....3 DIVORCIADA.....4 SEPARADA.....5	→506
505	¿Actualmente vive con usted su esposo/marido o vive él en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA.....1 VIVE EN OTRA PARTE.....2	
506	¿Ha estado usted casada o unida solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2	
507	¿En qué mes y año empezó a vivir con su (primer) esposo/marido?	MES..... NO SABE MES.....98 AÑO..... NO SABE AÑO.....98	
508	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando comenzó a vivir con él	EDAD..... NO SABE EDAD.....98	
509	COTEJE 507 y 508: AÑO Y EDAD INFORMADOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		→511
510	<p>COTEJE LA CONSISTENCIA DE 507 Y 508:</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO → <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MAS +</p> <p>EDAD A LA UNION → <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>= AÑO DE MATRIMONIO (UNION) CALCULADO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>SI ES NECESARIO, CALCULE EL AÑO DE NACIMIENTO</p> <p>AÑO ACTUAL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MENOS -</p> <p>EDAD ACTUAL (104) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>=</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO CALCULADO <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> <p>ES LA DIFERENCIA ENTRE EL AÑO CALCULADO Y EL AÑO DE MATRIMONIO INFORMADO IGUAL A CERO O UN AÑO?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO → VERIFIQUE Y CORRIJA 507 Y 508.</p>		

NO.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
511	<p>DETERMINE EL NUMERO DE MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE 1986. MARQUE "X" EN LA COLUMNA 6 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1986.</p> <p>PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O EN UNION O QUE TENGAN MAS DE UN MATRIMONIO O UNION: COMPRUEBE LA FECHA EN LA CUAL LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION ANTERIOR.</p>																	
512	<p>Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad.</p> <p>¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas?</p>	<p>NUMERO DE VECES.....</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																
513	<p>¿Cuántas veces al mes <u>generalmente</u> tiene usted relaciones sexuales?</p>	<p>NUMERO DE VECES.....</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																
514	<p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p>	<p>HACE UNOS DIAS.....1</p> <p>HACE UNAS SEMANAS.....2</p> <p>HACE UNOS MESES.....3</p> <p>HACE UNOS AÑOS.....4</p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..996</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																
515	<p>¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>EDAD.....</p> <p>CUANDO SE CASO O UNIO.....96</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																
516	<p>PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...	1	2	ESPOSO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...	1	2																
ESPOSO.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	<p>COTEJE 315:</p> <p>ELLA/EL NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p> <p>EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>	<p>ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p> <p>EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>	<p>607</p> <p>619</p>
602	<p>COTEJE 501 Y 504:</p> <p>ACTUALMENTE EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>NO ESTA ACTUALMENTE EN UNION <input type="checkbox"/></p>	<p>NO ESTA ACTUALMENTE EN UNION <input type="checkbox"/></p>	624
603	<p>COTEJE 225:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Quisiera tener un/otro(s) hijo(s) o preferiría no tener (más) hijos?</p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después del hijo que está esperando, ¿quisiera tener otro(s) hijo(s) o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER UN (OTRO) HIJO.....1</p> <p>NO MAS/NINGUNO.....2</p> <p>DICE QUE NO PUEDE O NO LE CONVIENE QUEDAR EMBARAZADA.....3</p> <p>INDECISA O NO SABE.....8</p> <p>622</p>
604	<p>COTEJE 225:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo?</p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo que está esperando antes de tener otro hijo?</p>	<p>MESES.....1</p> <p>AÑOS.....2</p> <p>PRONTO/AHORA.....994</p> <p>DICE QUE NO PUEDE O NO LE CONVIENE QUEDAR EMBARAZADA.....995</p> <p>OTRO (ESPECIFIQUE) 996</p> <p>NO SABE.....998</p> <p>622</p>
605	<p>COTEJE 216 y 225:</p> <p>TIENE HIJO(S) VIVO(S) O ESTA EMBARAZADA?</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	622
606	<p>COTEJE 225:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué edad quisiera que tenga su hijo menor cuando nazca su próximo hijo?</p>	<p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué edad quisiera que tenga el hijo que está esperando, cuando nazca su próximo hijo?</p>	<p>EDAD DEL MENOR AÑOS.....</p> <p>NO SABE.....98</p> <p>622</p>
607	<p>COTEJE 326</p> <p>RECOMENDO LA OPERACION PERSONAL MEDICO <input type="checkbox"/></p> <p>NO RECOMENDO LA OPERACION PERSONAL MEDICO <input type="checkbox"/></p>	<p>NO RECOMENDO LA OPERACION PERSONAL MEDICO <input type="checkbox"/></p>	609
608	<p>Usted me dijo que la operación le fué recomendada por personal médico (médico/enfermera), ¿Porqué cree usted que el/ella le recomendó la operación?</p>	<p>POR LA EDAD DE LA MUJER.....1</p> <p>POR EL NUMERO DE HIJOS.....2</p> <p>POR PROBLEMAS CON OTROS EMBARAZOS.....3</p> <p>OTRA RAZON (ESPECIFIQUE) 4</p> <p>NO SABE.....8</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
609	¿Conversó usted con su esposo/marido la idea de esterilizarse (prepararse)? Si Si ¿Quién inició la conversación del tema?	SI, ESPOSA INICIO.....1 SI, ESPOSO INICIO.....2 NO.....3	→611
610	¿Cuál fue la reacción de su esposo/marido acerca de la idea de esterilizarse (prepararse)?	DE APOYO DESDE COMIENZO.....1 INDECISO AL COMIENZO PERO APOYANDO.....2 NEUTRAL.....3 OPUESTO.....4 NO SABE.....8	
611	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz a su último hijo? Si Si, Fue éste un nacimiento por cesárea?	SI, POR CESAREA.....1 SI, NORMAL.....2 NO.....3	
612	¿Cree usted que la esterilización (operación) impide la posibilidad de tener más hijos?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→614
613	¿Por que cree usted que podrá tener más hijos?	ESTERILIZACION ES REVERSIBLE.....1 ESTERILIZACION PUEDE FALLAR.....2 HA ESCUCHADO RUMORES QUE MUJERES ESTERILIZ. PUEDEN ENBARAZAR.....3 COMOQUE MUJERES QUE SE HAN EMBAR. DESPUES DE ESTERILIZACION.....4 OTRA RAZON.....5 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	
614	¿Tal y como estan las cosas ahora, está satisfecha con la decisión de haberse esterilizado (preparado)?	SI .....1 NO.....2	→616
615	¿Por que no está usted satisfecha?	QUIERE TENER MAS HIJOS.....1 ESPOSO QUIERE TENER MAS HIJOS.....2 RAZONES DE SALUD ASOCIADAS CON LA OPERACION.....3 CAMBIO EN EL ESTADO MARITAL.....4 OPERACION FALLO.....5 OTRA RAZON.....6 (ESPECIFIQUE)	
616	Dada la situación actual, si tuviera que elegir de nuevo, ¿cree que usted tomaría la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2	
617	¿Lamenta usted estar esterilizada (preparada)?	SI.....1 NO.....2	
618	¿Le recomendaría la esterilización femenina (la operación) a un familiar o amiga?	SI.....1 NO.....2	→624
619	Dadas las presentes circunstancias, si tuviera que elegir de nuevo, cree que su esposo tomaría la misma decisión de hacerse operar para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2	
620	¿Lamenta usted que su esposo/marido se haya operado para no tener (más) hijos?	SI.....1 NO.....2	→624
621	¿Por qué lo lamenta?	MUJER QUIERE OTRO HIJO.....1 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO.....2 EFECTOS SECUNDARIOS.....3 OTRA RAZON.....4 (ESPECIFIQUE)	→624
622	Ha conversado alguna vez con su marido acerca del número de hijos que les gustaría tener?	SI.....1 NO.....2	
623	¿Cree usted que su marido/compañero quiere el mismo número de hijos que usted quiere, o el quiere más o quiere menos de los que usted quiere?	MISMO NUMERO.....1 MAS HIJOS.....2 MENOS HIJOS.....3 NO SABE.....8	

NO. PREGUNTAS Y CATEGORIAS

624	<p>COTEJE 216:</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera volver a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p> </td> <td> <p>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p> </td> </tr> </table> <p>ANOTE EL NUMERO U OTRO TIPO DE RESPUESTA.</p>	<p>TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera volver a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p>	<p>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p>	<p>NUMERO..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA.....96 (ESPECIFIQUE)</p>
<p>TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera volver a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p>	<p>NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?</p>			
625	<p>¿Cuánto tiempo cree usted que una pareja debe esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del hijo siguiente?</p>	<p>MESES.....1 <input type="text"/></p> <p>AÑOS.....2 <input type="text"/></p> <p>OTRO.....996 (ESPECIFIQUE)</p>		
<p>626 CONSULTE LA COL. 1 DEL CALENDARIO, VEA TODAS LAS TERMINACIONES. ANOTELAS Y HAGA LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN, EMPEZANDO POR LA TERMINACION QUE OCURRIO MAS RECIENTEMENTE. SI NO HAY TERMINACIONES PASE A LA PREG. 700</p>				
627	<p>ANOTE LOS MESES DE DURACION DE CADA TERMINACION</p>	<p>ULTIMA TERMINACION DURACION MESES.....</p>	<p>PENULTIMA TERMINACION DURACION MESES.....</p>	<p>ANTEPENULTIMA TERMINACION DURACION MESES.....</p>
628	<p>¿El embarazo que usted perdió en (FECHA) era un embarazo deseado por usted?</p>	<p>SI.....1 NO.....2</p>	<p>SI.....1 NO.....2</p>	<p>SI.....1 NO.....2</p>
629	<p>¿Cuál fue la razón por la que ese embarazo se terminó?  (SONDEE ANTES DE MARCAR LA RESPUESTA)</p>	<p>NATURAL O ESPONTANEO.....1 ACCIDENTE.....2 PROVOCADO.....3 OTRA CAUSA.....4  (ESPECIFIQUE) (SOLO PARA PROVOCADO PASE A 630, PARA OTRA OPCION PASE AL SIGUIENTE)</p>	<p>NATURAL O ESPONTANEO.....1 ACCIDENTE.....2 PROVOCADO.....3 OTRA CAUSA.....4  (ESPECIFIQUE) (SOLO PARA PROVOCADO PASE A 630, PARA OTRA OPCION PASE AL SIGUIENTE)</p>	<p>NATURAL O ESPONTANEO.....1 ACCIDENTE.....2 PROVOCADO.....3 OTRA CAUSA.....4  (ESPECIFIQUE) (SOLO PARA PROVOCADO PASE A 630, PARA OTRA OPCION PASE AL SIGUIENTE)</p>
630	<p>¿Quién le atendió (ayudó) cuando se interrumpió ese embarazo?</p>	<p>MEDICO.....01 ENFERMERA.....02 COMADRONA.....03 CURANDERO/BRUJO.....04 YERBERO.....05 NADIE.....06 OTRO.....07 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>MEDICO.....01 ENFERMERA.....02 COMADRONA.....03 CURANDERO/BRUJO.....04 YERBERO.....05 NADIE.....06 OTRO.....07 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>MEDICO.....01 ENFERMERA.....02 COMADRONA.....03 CURANDERO/BRUJO.....04 YERBERO.....05 NADIE.....06 OTRO.....07 (ESPECIFIQUE)</p>
631	<p>¿Por qué interrumpió ese embarazo?</p>	<p>ELLA/MARIDO NO DESEAN MAS HIJOS...01 ERA MUY JOVEN PARA TENER FAMILIA.....02 TENIA PROBLEMAS CON PAREJA.....03 DIFICULTADES ECONOMICAS.....04 PROBLEMAS DE SALUD...05 EMBARAZOS SEGUIDOS...06 TEMOR A FAMILIA.....07 TEMOR A PERDER EMPLEO.....08 OTRA.....09 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>ELLA/MARIDO NO DESEAN MAS HIJOS...01 ERA MUY JOVEN PARA TENER FAMILIA.....02 TENIA PROBLEMAS CON PAREJA.....03 DIFICULTADES ECONOMICAS.....04 PROBLEMAS DE SALUD...05 EMBARAZOS SEGUIDOS...06 TEMOR A FAMILIA.....07 TEMOR A PERDER EMPLEO.....08 OTRA.....09 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>ELLA/MARIDO NO DESEAN MAS HIJOS...01 ERA MUY JOVEN PARA TENER FAMILIA.....02 TENIA PROBLEMAS CON PAREJA.....03 DIFICULTADES ECONOMICAS.....04 PROBLEMAS DE SALUD...05 EMBARAZOS SEGUIDOS...06 TEMOR A FAMILIA.....07 TEMOR A PERDER EMPLEO.....08 OTRA.....09 (ESPECIFIQUE)</p>

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

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A										
700	<p>COTEJE 501 Y 504:</p> <p>CASADA/ UNIDA/ DIVORCIADA/ SEPARADA</p> <p>↓</p> <p>HAGA PREGUNTAS ACERCA DEL ESPOSO/MARIDO MAS RECIENTE.</p>	<p>VIUDA</p> <p>NO CASADA O UNIDA</p>	<p>→ 702</p> <p>→ 708</p>										
701	¿Cuántos años de edad tiene su (último) marido?	<p>EDAD.....</p> <p>NO SABE..... 96</p>											
702	¿Asistió su esposo/marido alguna vez a la escuela?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 → 704</p>											
703	¿Cuál fue el curso más alto que su esposo/marido completó (aprobó) y en qué nivel?	<p>NIVEL</p> <p>NINGUNO.....0</p> <p>PRIMARIA.....1</p> <p>SECUNDARIA.....2</p> <p>UNIVERSITARIO.....3</p> <p>NO SABE.....8</p> <p>CURSO</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>96</p>	0	0									
0	0												
704	¿De qué clase de trabajo se ocupa (ocupaba) principalmente su (último) esposo/marido?	<p>NO TRABAJA/NO TRABAJABA.....96</p> <p>NO SABE.....98</p>	→ 708										
705	¿Es (era) él empleado de algún familiar, o de otra persona particular, empresa o institución o trabaja (trabajaba) independientemente?	<p>FAMILIAR.....1</p> <p>OTRA PERSONA PARTICULAR.....2</p> <p>EMPRESA O INSTITUCION.....3</p> <p>INDEPENDIENTE.....4</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>→ 707A</p> <p>→ 707A</p>										
706	¿Emplea (empleaba) alguna o algunas personas en su negocio (comercio, empresa, finca)?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	→ 707A										
707	¿Cuántos trabajadores o empleados tiene (tenía)?	<p>EMPLEADOS/TRABAJADORES</p> <p>97 O MAS.....96</p> <p>NO SABE.....98</p>											
707A	<p>COTEJE 704:</p> <p>TRABAJA (TRABAJABA) EN AGRICULTURA</p> <p>↓</p> <p>NO TRABAJA (TRABAJABA) EN AGRICULTURA</p>		→ 707C										
707B	¿Trabaja (trabajaba) su esposo/compañero principalmente en la tierra de él o de la familia, o en la tierra de alguien más?	<p>TIERRA DE EL/DE LA FAMILIA.....1</p> <p>TIERRA ALQUILADA.....2</p> <p>TIERRA DE ALGUIEN MAS.....3</p>											
707C	<p>COTEJE 501:</p> <p>ACTUALMENTE EN UNION</p> <p>↓</p> <p>NO ESTA ACTUALMENTE EN UNION</p>		→ 708										
707D	¿Cuánto gana su marido por mes, incluyendo el valor de cualquier beneficio en especie (alimentos, etc.)?	<p>PESOS RD\$</p> <p>99,000 PESOS O MAS.....99996</p> <p>NO SABE.....99998</p>											

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
708	¿Desde enero de 1986, ha vivido en una sola comunidad o en más de una comunidad?	UNA COMUNIDAD.....1 MAS DE UNA COMUNIDAD.....2	→710
709	ANOTE (EN COL.7 DEL CALENDARIO) EL CODIGO APROPIADO PARA LA COMUNIDAD DE RESIDENCIA ACTUAL ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). COMIENCE CON EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES ANTERIORES HASTA LLEGAR A ENERO DE 1986 .		→711
710	En qué mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA COMUNIDAD DONDE TIENE LUGAR LA ENTREVISTA/LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL) ANOTE (EN LA COL.7 DEL CALENDARIO) "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO SEGUN EL TIPO DE COMUNIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE PREGUNTANDO SOBRE LAS COMUNIDADES ANTERIORES Y ANOTE LOS TRASLADOS Y TIPOS DE COMUNIDADES CORRESPONDIENTES.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS - Adónde vivía antes? - En qué mes y año llegó allí? - Este sitio es una ciudad, un pueblo o un campo?		
711	OBSERVE EL SITIO DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1986:  ¿Cuándo se trasladó a (SITIO DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1986 )?	SIEMPRE VIVIO ALLI.....96 MES..... NO SABE MES.....98 AÑO..... NO SABE AÑO.....98	→713
712	¿El lugar de donde usted se mudó, es una ciudad, es un pueblo o es campo?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3	
713	Me gustaría preguntarle acerca de su actividad laboral.  Aparte del trabajo de la casa, está usted trabajando actualmente?	SI.....1 NO.....2	→717
714	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia.  Tiene actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI.....1 NO.....2	→717
715	¿Ha trabajado alguna vez desde Enero de 1986 ?	SI.....1 NO.....2	→717
716	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO EN CADA MES DESDE ENERO DE 1986 HASTA EL MES ACTUAL		→721
717	¿Cuál es (fue) su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo (chiripa) tiene (tenía)?		
718	USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR SOBRE TODOS LOS PERIODOS EN QUE TRABAJO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O EL MAS RECIENTE, REGRESANDO A ENERO DE 1986. ANOTE EN COLUMNA 8 EL CODIGO PARA TIPO DE TRABAJO Y CODIGO "0" PARA NO TRABAJO.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS - ¿Cuándo empezó su trabajo y (cuándo terminó)? - ¿Qué hizo antes de eso? - ¿Por cuánto tiempo trabajo en esa ocasión? - ¿Era usted independiente o empleado? - ¿Le pagaban por este trabajo? - ¿Trabajaba en la casa o fuera de la casa?		



NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
719	REVISE LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO:  TRABAJABA EN ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	NO TRABAJABA EN ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	→ 721
720	Me doy cuenta que estuvo trabajando en enero de 1986. ¿Cuándo comenzó ese trabajo?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	→ 723
721	Me doy cuenta que no estuvo trabajando en Enero de 1986. ¿Trabajó alguna vez antes de Enero de 1986?	SI.....1 NO.....2	→ 723
722	¿Cuándo terminó el trabajo que tenía antes de Enero de 1986 ?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	
723	COTEJE 215/216/218: TIENE HIJO NACIDO DESDE ENERO DE 1986 Y VIVIENDO EN CASA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	→ 727
724	COTEJE 713/714: ESTA ACTUALMENTE TRABAJANDO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	→ 727
725	Mientras estuvo trabajando tenía <u>normalmente</u> a (NOMBRE DEL HIJO MENOR EN CASA) con usted, lo tenía <u>algunas veces</u> con usted, o <u>nunca</u> lo tenía con usted?	NORMALMENTE.....1 ALGUNAS VECES.....2 NUNCA.....3	→ 727
726	¿Quién cuida de (NOMBRE DEL HIJO(A) MENOR EN CASA) mientras usted trabaja?	MARIDO.....01 NIÑO(S) MAYOR (ES).....02 OTROS FAMILIARES.....03 VECINOS.....04 AMIGOS.....05 SIRVIENTA/EMPLEADA DOMESTICA.....06 NIÑO(A) ESTA EN LA ESCUELA.....07 GUARDERIA INFANTIL.....08 OTRO.....09 (ESPECIFIQUE)	
727	ANOTE LA HORA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

INSTRUCCIONES: SOLAMENTE PUEDE APARECER UN CODIGO EN CADA CASILLA. TODOS LOS MESES DE LAS COLUMNAS 1, 6, 7 Y 8 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA:

COL.1: Nacimientos, embarazos, uso de Anticonceptivos  
N NACIMIENTOS  
E EMBARAZOS  
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO  
1 PASTILLA  
2 DIU  
3 IMPLANTE  
4 INYECCION  
5 TABLETA/ESPUMA/DIAFRAGMA  
6 CONDON  
7 ESTERILIZACION FEMENINA  
8 ESTERILIZACION MASCULINA  
9 RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA  
R RETIRO  
W OTRO  
(ESPECIFIQUE)

Col.2: Interrupción del Uso de Anticonceptivos

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA  
2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA  
3 MARIDO DESAPROBABA  
4 EFECTOS SECUNDARIOS  
5 PREOCUPACIONES POR LA SALUD  
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD  
7 QUERIA METODO MAS EFECTIVO  
8 INCOMODO DE USAR  
9 SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS  
C COSTO  
F FATALISTA  
D DIFIC. EN QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA  
S DISOLUCION MATRIMONIAL/SEPARACION  
W OTRO  
(ESPECIFIQUE)  
K NO SABE

COL.3: Amenorrea después del parto

X NO TUVO LA REGLA  
0 MENOS DE UN MES

COL.4: Abstinencia después del parto

X NO TUVO RELACIONES SEXUALES  
0 MENOS DE UN MES

COL.5: Lactancia

X DIO EL PECHO  
0 MENOS DE UN MES  
N NUNCA DIO EL PECHO

COL.6: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS)  
0 NO ESTA EN UNION

COL.7: Cambios y sitios de Residencia

X CAMBIO DE RESIDENCIA  
1 CIUDAD  
2 PUEBLO  
3 CAMPO

COL.8: Clase de Trabajo

0 NO TRABAJA  
1 EMPLEO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA  
2 EMPLEO REMUNERADO, EN LA CASA  
3 INDEPENDIENTE, FUERA DE LA CASA  
4 INDEPENDIENTE, EN LA CASA  
5 TRABAJADOR NO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA  
6 TRABAJADOR NO REMUNERADO, EN LA CASA

1 2 3 4 5 6 7 8

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

ULTIMO HIJO MACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1986

NOMBRE:

MES

AÑO


SECCION 8. PESO Y TALLA

801	COTEJE 222:  UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1986	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → FIN

ENTREVISTADOR: EN 802-804 (COL. 2-4) ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO 1986 Y QUE AUN ESTE VIVO. ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS CORRESPONDIENTES. EN 806 SE ANOTARA LA MEDIDA DE LA CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO DE LA MADRE. EN 807 Y 809 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE LOS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1986 DEBEN SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI LOS HIJOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1986, UTILICE FORMAS ADICIONALES).

	1 ENTREVISTADA	2 HIJO MENOR VIVO	3 PENULTIMO HIJO VIVO	4 ANTEPENULTIMO HIJO VIVO
802 NO. LINEA DE P.212	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
803 NOMBRE DE P.212 PARA NIÑOS	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
804 FECHA DE NACIM. DE P.103 PARA ENTRE VISTADA. DE P.402C PARA LOS NIÑOS	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]
805 CICATRIZ DE BCG EN EL BRAZO IZQUIERDO		CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2
806 MEDIDA BRAZO DE LA MADRE (en cms.)	[ ][ ][ ]			
807 ESTATURA/TALLA (en cms.)	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
808 SE MIDIO LA ESTATURA DEL NIÑO/A ACOSTADO/A ?		ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2	ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2	ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2
809 PESO (en kgs.)	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
810 FECHA DE MEDICION DEL PESO Y LA TALLA	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]	DIA..... [ ][ ] MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ]
811 RESULTADO	MEDIDA.....1 NO ESTABA PRESENTE...3 RECHAZO.....4 OTRO .....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE...3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE...3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE...3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
812 NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDE:	[ ][ ]	NOMBRE DEL ASISTENTE:		[ ][ ]

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(para completarse después de terminar la entrevista)

Comentarios sobre la Entrevistada: \_\_\_\_\_

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas: \_\_\_\_\_

---

---

---

Otro tipo de comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

---

Nombre de la supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA CRITICADORA**

---

---

---

---