

República Dominicana

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES  
Y DEMOGRAFICOS (CESDEM)

ASOCIACION DOMINICANA  
PRO BIENESTAR DE LA  
FAMILIA (PROFAMILIA)

OFICINA NACIONAL DE  
PLANIFICACION (ONAPLAN)

Encuesta Demográfica y de Salud, 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION													
AREA DE SUPERVISION CENSAL.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
CONGLOMERADO ENDESA-96.....													
NUMERO DE SELECCION DE LA VIVIENDA.....													
NUMERO DEL HOGAR.....	<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>												
PROVINCIA _____													
MUNICIPIO O DISTRITO MUNICIPAL _____													
ZONA      1 URBANO      2 RURAL													
TIPO DE LOCALIDAD.....	<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>												
ESTRATO SOCIOECONOMICO (SOLO PARA SANTO DOMINGO).....													
NOMBRE DEL LUGAR _____													
CALLE _____ No. _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>												
NOMBRE DEL (LA) JEFE(A) DE HOGAR _____													
NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA MUJER _____													

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA				DIA
				MES
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				AÑO
				NOMBRE
RESULTADO				RESULTADO
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS
CODIGOS DE RESULTADO: 1. ENTREVISTA COMPLETA 2. AUSENTE 3. APLAZADA 4. RECHAZADA 5. RESPONDIDA PARCIALMENTE 6. INCAPACITADA 7. OTRA _____ (ESPECIFIQUE)				

NOMBRE FECHA	SUPERVISORA:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
	_____	_____	_____	_____

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. ¿Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí en _____? (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	→105 →105
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en (la capital) en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
107	¿Alguna vez asistió usted a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→114
108	¿Cuál fué el último año de estudios que usted aprobó y de qué nivel?	NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 UNIVERSIDAD..... 3	
110	VERIFIQUE 106: MEMOS DE 30 AÑOS 30 AÑOS O MAS		→113
111	¿Actualmente está usted asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→113
112	¿Cuál fue la principal razón por la que usted dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO O UNIO..... 02 PARA CUIDAR LOS NIÑOS PEQUEÑOS..... 03 PARA AYUDAR A LA FAMILIA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS..... 04 NO PODIAN PAGAR LA ESCUELA..... 05 NECESITABA GANAR DINERO..... 06 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO QUISO SEGUIR ESTUDIANDO..... 08 ESCUELA MUY LEJOS..... 09 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	VERIFIQUE 108: NINGUNO O PRIMARIA SECUNDARIA O UNIVERSITARIA		→115
114	¿Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?	FACILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 NO PUEDE LEERLO..... 3	→116
115	¿Cuantos días a la semana lee usted periódicos?	TDOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
116	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	
117	¿Cuántos días a la semana ve usted televisión?	TODOS LOS DIAS..... 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA..... 3 ALGUNAS VECES AL MES..... 4 NUNCA..... 5	
120	COTEJE LA P.4 EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR  LA MUJER ENTREVISTADA NO ES RESIDENTE HABITUAL <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	→201
121	Ahora, me gustaría preguntarle acerca del sitio en el que usted vive habitualmente  ¿Vive Ud. habitualmente en (la capital) una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?  _____ (NOMBRE DEL LUGAR) SI RESPONDE CIUDAD O PUEBLO ANOTE EL NOMBRE	EN LA CAPITAL.....1 CIUDAD/PUEBLO.....2 CAMPO.....3 EN EL EXTRANJERO.....4	→123
122	¿A cuál MUNICIPIO pertenece ese lugar?	_____ (NOMBRE DEL MUNICIPIO)	
123	¿De qué tipo es la vivienda donde usted reside habitualmente?  LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS	CASA INDEPENDIENTE.....1 APARTAMENTO.....2 CASA EN HILERA O BLOQUE.....3 VIVIENDA EN PIEZA O PARTE DE ATRAS.....4 BARRACON.....5 OTRA.....6 (ESPECIFIQUE)	→126
124	¿La casa en que usted vive es propia, alquilada, cedida, prestada o la ocupa su hogar bajo otra condición?	PROPIA PAGADA.....1 PROPIA PAGANDOSE.....2 ALQUILADA.....3 PRESTADA O CEDIDA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE)	→126
125	¿Cuánto pagan de alquiler?	PESOS DOMINICANOS \$ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE.....9 9 9 8	
126	¿Cuál es el principal material del piso de su casa?	PISO NATURAL TIERRA.....11 PISO ACABADO MADERA.....31 MOSAICO/GRANITO/MARMOL.....33 CEMENTO.....34 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
127	¿Cuál es el principal material de construcción de las paredes de su casa?	BLOQUES / CEMENTO.....01 MADERA.....02 PALMA.....03 TEJAMANIL.....04 LADRILLOS.....05 YAGUA.....06 MATERIALES DE DESHECHO.....07 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
128	¿Cuál es el principal material del techo de su casa?	CONCRETO / CEMENTO.....01 ZINC.....02 ZINC DE CARTON.....03 TEJAS.....04 ABESTO CEMENTO.....05 MADERA.....06 CANA.....07 YAGUA.....08 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
129	¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda (la parte que usa su hogar) sin incluir cocina ni baños?	NUMERO DE CUARTOS.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
130	¿Cuántos dormitorios tiene la vivienda (o parte de la vivienda) que usa su hogar?	NUMERO DE DORMITORIOS.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
131	¿Qué tipo de alumbrado tiene la vivienda?	ELECTRICIDAD DE LA CDE.....01 PLANTA ELECTRICA Y/O INVERSOR...02 1 Y 2.....03 LAMPARAS A GAS PROPANO.....04 LAMPARAS A GAS KEROSENE.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
132	¿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.....96	
133	¿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 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 AGUA EMBOTELLADA.....61 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	135
134	¿Hierven o filtran el agua para beber?	SI, PARA TODOS.....1 SI, PARA LOS NIÑOS.....2 NO.....3	
135	¿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 LLUVIA/TANQUE/ALJIBE.....41 CAMION TANQUE.....51 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	137
136	¿Cuánto tiempo le toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL SITIO.....996	
137	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?	INODORO DE ARRASTRE.....11 INODORO PRIVADO.....12 INODORO COLECTIVO.....12 FOSO/LETRINA LETRINA PRIVADA CON CAJON.....21 LETRINA PRIVADA SIN CAJON.....22 LETRINA COLECTIVA CON CAJON.....23 LETRINA COLECTIVA SIN CAJON.....24 NO HAY SERVICIO.....31 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
138	¿Tienen en su hogar?	SI NO a. ABANICO.....1 2 b. RADIO.....1 2 c. EQUIPO DE MUSICA.....1 2 d. AIRE ACONDICIONADO.....1 2 e. TELEVISOR.....1 2 f. NEVERA.....1 2 g. ESTUFA.....1 2 h. PLANCHA ELECTRICA.....1 2 i. LAVADORA DE ROPA.....1 2 j. CALENTADOR DE AGUA.....1 2 k. BOMBA DE AGUA.....1 2 l. CISTERNA.....1 2 m. TELEFONO.....1 2	
139	¿Algún miembro de su hogar tiene:	SI NO a. CARRO.....1 2 b. MOTOR.....1 2 c. BICICLETA.....1 2	
140	¿Cómo eliminan la basura en su hogar?	AYUNTAMIENTO.....01 ATTWOODS.....02 OTRA EMPRESA PRIVADA U OTRA PERSONA.....03 LA QUEMAN.....04 LA TIRAN EN EL PATIO/SOLAR.....05 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	

SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A								
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los nacidos vivos o nacidas vivas que usted haya tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 → 206									
202	De los hijos o hijas que usted 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 viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS EN CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS EN CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que esté vivo(a), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206									
205	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS FUERA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS FUERA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
205A	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..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS EN EL EXTRANJERO..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo(a) pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro(a)) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208									
207	¿Cuántos hijos han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HIJAS MUERTAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Ud. ha tenido en TOTAL (    ) hijos nacidos vivos durante toda su vida. Es correcto?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO										
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 227										

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Cual es el nombre de su primer (segundo, tercero) hijo o hija que tuvo?	¿Fue alguno de estos nacimientos múltiples? ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE	Es (NOMBRE) hombre o mujer?	En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	Está (NOMBRE) vivo?	SI ESTA VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	SI ESTA VIVO: Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI ESTA MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO", INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITALE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	Mubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (VAYA AL PROXIMO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
02 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
03 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
04 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
05 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
06 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
07 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
08 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
09 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	HOMB... 1 MUJER... 2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 v 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A < 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO < NACIMIENTO)	SI.... 1 NO.... 2

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA SUBTRAIGA EL AÑO DEL ULTIMO NACIMIENTO. ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	SI..... 1 NO..... 2	→224
223	Ha tenido Ud. algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO)? SI "SI" ANOTELOS EN LA TABLA DE NACIMIENTOS	SI..... 1 NO..... 2	
224	COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (PRUEBE Y CORRIJA) VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P215) PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (P217) PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTO LA EDAD A LA MUERTE (219) PARA EDAD A LA MUERTE DE 12 MESES ó 1 AÑO: SE PROBO PARA DETERMINAR NUMERO EXACTO DE MESES		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; float: right; margin-top: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; float: right; margin-top: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; float: right; margin-top: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; float: right; margin-top: 10px;"></div>
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE PARTOS DE NACIDOS VIVOS (SI MELLIZOS O TRILLIZO CONSIDERARLO COMO 1) DESDE DESDE ENERO DE 1991. SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 227		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; float: right;"></div>
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 ANOTE "M" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "M"		
227	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 INSEGURA..... 8	→230
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene? ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA	MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
229	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 MAS ADELANTE..... 2 NO QUERIA MAS HIJOS..... 3	
230	¿Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→236
230A	¿Cuántos de esos embarazos terminaron en pérdida o aborto? ¿Cuántos de esos embarazos terminaron en nacidos muertos?	PERDIDAS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NACIDOS MUERTOS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
231	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑO..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO DESDE ENERO DE 1991 ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO ANTES DE ENERO DE 1991		→236
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo? ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO	MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
234	COTEJE 230A: PERDIDAS+NACIDOS MUERTOS IGUAL A DOS O MAS SOLO UNA PERDIDA O NACIDO MUERTO		→236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1991. PARA CADA PERDIDA O NACIDO MUERTO PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE TERMINO DEL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.		
236	¿Cuándo tuvo su ultima regla o menstruación?  (FECHA, SI LA DA)	HACE: DIAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 HISTERECTOMIZADA..... 993 ESTA EN LA MENOPAUSIA..... 994 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
237	¿Considera Ud. que entre el primer día de la regla y el primer día de la siguiente regla, hay días en que hay más posibilidades de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→300
238	¿Cuáles son los días de mayor posibilidad de quedar embarazada?	DURANTE SU PERIODO..... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADO EL PERIODO..... 02 EN LA MITAD DEL CICLO..... 03 JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIODO..... 04 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

SECCION 3. PLANIFICACION FAMILIAR

300. Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir acerca de los diferentes métodos que una pareja puede usar para evitar o dejar para después un embarazo.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" EN LA P301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO CONTINUE DE ARRIBA HACIA ABAJO CON LA COLUMNA 301A Y LEA EL NOMBRE DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" SI RECONOCE EL METODO, Y EL 2 SI NO LO RECONOCE, LUEGO PARA CADA METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y 301A HAGA LA PREGUNTA 301B. POR ULTIMO, HAGA PREGUNTAS 302 Y 303 CUANDO PROCEDA.

301 ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? (NO MENCIONARLE EL METODO)	SI ESPON- TANEO	301A Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO NO MENCIONADO EN PREG. 301)?	301B En qué consiste o cómo se usa (EL METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 ó 301A)	302 Conoce Ud. o ha oído hablar de (METODO CON CODIGO "2" EN PREGUNTA 301A)?	303 Ha usado usted alguna vez el(la) (METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTAS 301, 301A, ó 302)?
		NO LEER EL CONCEPTO	SABE NO SABE	LEA EL CONCEPTO	SI NO
01 PASTILLAS (PILDORAS, MINIPILDORAS): las mujeres pueden tomar una pastilla todos los días.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
02 DIU (APARATICO): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato en la matriz.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
03 INYECCIONES: la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante varios meses.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
04 IMPLANTE (MORPLANT): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) que impiden que salga embarazada durante 5 años.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
05 TABLETA, OVULO, JALEA: la mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, óvulo, espuma, jalea, crema, antes de tener relaciones.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
06 CONDON (PRESERVATIVO): Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
07 ESTERILIZACION FEMENINA (PREPARARSE): las mujeres pueden hacerse una operación sencilla para prepararse para no tener más hijos.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2
08 ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA): Los hombres pueden hacerse una pequeña operación para evitar tener más hijos.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	¿Ha tenido su esposo/marido una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2
09 RITMO O METODO DE OVULACION: las parejas pueden evitar tener relaciones durante varios días del mes, cuando la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
10 RETIRO: los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular (terminar).	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
11 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA): Las mujeres pueden evitar embarazarse si alimentan a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses, y si no le ha llegado la regla.	1	1 2 (P302) < <input type="checkbox"/>	1 2 (PASE A 303)	1 2 v	1 2
12 OTROS METODOS: ¿Ha oído usted hablar de alguno otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	1 2 (ESPECIFIQUE) 1 (ESPECIFIQUE)				1 2 1 2

304A COTEJE 301, 301A Y 302 PARA PASTILLA O PILDORA.

CONOCE (CODIGO 1) ☐

NO CONOCE (CODIGO 2) ☐

PASE A 304D



NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
304B	¿Sabe usted cómo deben usarse las pastillas (píldoras)?	SI..... 1 NO..... 2	→304D
304C	¿Por favor, ¿puede usted decirme cuándo deben comenzar a usarse y cuál es la forma correcta de usarlas?  (ANOTE AQUI LA RESPUESTA)	RESPUESTA CORRECTA.....1 RESPUESTA PARCIALMENTE CORRECTA.....2 RESPUESTA INCORRECTA.....3	
304D	COTEJE 303: NUNCA HA USADO UN METODO: <input type="checkbox"/> HA USADO POR LO MENOS 1 METODO: <input type="checkbox"/> →PASE A 308		
305	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→307
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		→331
307	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 303 ( Y 301A Y 301B SI ES NECESARIO ).		
308	¿Qué fue lo primero que hizo o qué método usó para demorar o evitar quedar embarazada?	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZ/FEMENINA..... 07 ESTERILIZ/MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA(METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
309	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NUMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
311	VERIFIQUE 303 MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> →314A		
312	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> →325		
313	¿Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→325
314	¿Qué método están Uds. usando? CIRCULE EL METODO MENCIONADO Y PREGUNTE: ¿Están usando algún otro método (como condón, espuma, tableta, óvulos, etc.)? SI, "SI" ANOTE EL CODIGO EN LA CASILLA DE SEGUNDO METODO Y HAGA LOS PASES CORRESPONDIENTES AL PRIMER METODO MENCIONADO.	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA(METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) SEGUNDO METODO..... <input type="text"/>	→324 →318 →323 →324
314A	ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		
314B	¿En el momento en que Ud. comenzó a usar las pastillas, consultó con un médico o enfermera?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
315	¿Puedo ver el paquete o caja de pastillas que Ud. está usando ahora?  (SI LA MARCA NO APARECE EN LA LISTA, ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	MOSTRO CAJA..... 1  MARCAS: MICROGYNON.....01 NORIDAY.....02 TRIQUILAR.....03 LO-RONDAL.....04 NORDETTE.....05 NORMINEST.....06 LOFEMENAL.....07 TRINORDIOL.....08 NORQUEST.....09 RIGEVIDOM.....10 MICROVAL.....11 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO MOSTRO CAJA (TIENE)..... 2 NO MOSTRO CAJA (NO TIENE)..... 3	→316 →315C
315A	OBSERVE EL ORDEN EN QUE LAS PASTILLAS HAN SIDO SACADAS DEL PAQUETE Y PONGA UN CIRCULO EN EL CODIGO CORRECTO	PASTILLAS SACADAS EN ORDEN..... 1 PASTILLAS SACADAS EN DESORDEN..... 2 LA CAJA NO HA SIDO ABIERTA..... 3	→316A
315B	¿Por qué no ha tomado Ud. las pastillas (en orden)?	NO SABE COMO HACERLO..... 01 RAZONES DE SALUD..... 02 SIGUE LAS INSTRUCCIONES..... 03 MENSTRUANDO..... 04 SOLO LA TOMA CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES..... 05 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→316A
315C	¿Por qué no tiene un paquete o caja de pastillas en la casa?	SE LE ACABARON..... 01 CUESTAN MUCHO..... 02 MARIDO NO ESTA..... 03 MENSTRUANDO..... 04 YA NO LAS USA..... 05 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
316	¿Sabe usted el nombre de las pastillas que Ud. está usando?  (SI LA MARCA NO APARECE EN LA LISTA, ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	MARCAS: MICROGYNON.....01 NORIDAY.....02 TRIQUILAR.....03 LO-RONDAL.....04 NORDETTE.....05 NORMINEST.....06 LOFEMENAL.....07 TRINORDIOL.....08 NORQUEST.....09 RIGEVIDOM.....10 MICROVAL.....11 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
316A	¿En algún momento del mes pasado:	SI NO a. ¿Ha manchado o sangrado más de una vez?..... 1 2 b. ¿Tuvo alguna molestia de salud?..... 1 2 c. ¿Le llegó la regla cuando la esperaba?..... 1 2 d. ¿Se le acabaron las pastillas?..... 1 2 e. ¿Estuvo sexualmente activa?..... 1 2 f. ¿Algún otro problema?..... 1 2 (ESPECIFIQUE)	
316B	¿En algún momento del mes pasado, dejó Ud. de tomar las pastillas al menos un día debido a (los problemas que Ud. mencionó o por) alguna (otra) razón?  SI SI: ¿Cuál fue la principal razón?	MANCHADO/SANGRADO..... 01 OTRA MOLESTIA..... 02 PERIODO NO LLEGO..... 03 SE ACABARON LAS PILDORAS..... 04 OLVIDO/PERDIO PAQUETE..... 05 RELACIONES ESPORADICAS..... 06 NUNCA DEJA DE TOMARLA..... 94 NO DEJO DE TOMARLA..... 95 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→316D
316C	¿Qué hizo Ud. la última vez que olvidó tomar las pastillas?	TOMO UNA PILDORA AL DIA SIGUIENTE... 01 TOMO DOS PILDORAS AL DIA SIGUIENTE.. 02 USO OTRO METODO..... 03 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
316D	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tomó una pastilla?  SI MENOS DE UN MES, ANOTE LOS DIAS	HACE DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HACE MAS DE UN MES..... 96	
316E	VERIFIQUE 316D:  HACE MAS DE DOS DIAS <input type="checkbox"/> HACE DOS DIAS O MENOS <input type="checkbox"/>		→317

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
316F	¿Por qué Ud. no está tomando las pastillas en estos días?	MARIDO NO ESTA..... 01 OLVIDO..... 02 RAZONES DE SALUD..... 03 CUESTAN MUCHO..... 04 NO NECESITA TOMARLA DIARIAMENTE..... 05 SE LE ACABARON..... 06 MENSTRUANDO..... 07 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
317	¿Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	COSTO (RD\$)..... <input type="text"/> GRATIS..... 96 NO SABE..... 98	→324
318	¿Dónde tuvo lugar la esterilización?. ¿En qué sitio?  SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  _____ DIRECCION (Calle, Barrio)  _____ (CIUDAD O PUEBLO) _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/P.N..... 14  SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA A PROFAMILIA..... 21 CLINICA PRIVADA..... 22 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 23	
318A	¿En qué fecha la(o) operaron?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
318B	¿Cuánto tuvo Ud.(él) que pagar por la esterilización, incluyendo hospitalización, médicos, medicinas y exámenes?	PAGO..... 1 MONTO (RD\$) <input type="text"/> NO PAGO..... 2 NO SABE..... 8	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> </div> <div>           MARIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right;">→322</div>			
318C	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz su último hijo?  SI "SI" fué este un nacimiento por cesárea?	SI POR CESAREA..... 1 SI NORMAL..... 2 NO..... 3	
319	¿Lamenta Ud. haber sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	→320A
320	¿Por qué lamenta la operación?	DESEA OTRO HIJO..... 01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02 EFECTOS COLATERALES..... 03 NIÑO MURIO..... 04 SE VOLVIO A CASAR O UNIR /QUIERE UNIRSE..... 05 OTRA RAZON:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
320A	Tal y como están las cosas ahora, ¿Está Ud. satisfecha con la decisión de haberse esterilizado (preparado)?	SI..... 1 NO..... 2	→322
320B	¿Por qué no está Ud. satisfecha?	QUIERE TENER HIJOS..... 01 ESPOSO QUIERE TENER MAS HIJOS..... 02 RAZONES DE SALUD ASOCIADAS CON LA OPERACION..... 03 CAMBIOS EN EL ESTADO MARITAL..... 04 OPERACION FALLO..... 05 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	
322	VERIFIQUE 318A:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             ESTERILIZADA(O) ANTES DE ENERO 1991 <input type="checkbox"/>              V              ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1991              VAYA DESPUES A → 327           </div> <div>             ESTERILIZADA(O) DE ENERO 1991 EN ADELANTE <input type="checkbox"/>              V              ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION              VAYA DESPUES A → 325           </div> </div>		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
323	¿Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO DE OVULACION)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
324	ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 314 EN EL MES ACTUAL EN LA COL.1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Cuando empezó a usar METODO ACTUAL continuamente? - Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente?		
325	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada.  USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1991. USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.  EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES FRENTE AL ULTIMO MES DE USO.  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.  PREGUNTE LA RAZON PARA DEJAR DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO NO FUE INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: COLUMNA 1: • ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? Qué método fue ese? • ¿Cuándo empezó Ud. a usar ese método? Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? • ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?  COLUMNA 2: • ¿Por qué dejó Ud. de usar el método? • ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones?  SI DELIBERADAMENTE DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "¿Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (METODO)?" Y ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.		
327	VERIFIQUE 312 A 314:  SI ESTA EMBARAZADA PASE A 332.  SI NO USA METODO ANTICONCEPTIVO PASE A 331.  SI USA METODO, PONGA UN CIRCULO EN EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE.	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	→328 →329 →332
328	¿Dónde obtuvo Ud. (METODO) la última vez?  SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  _____ DIRECCION (Calle, Avenida, Barrio)  _____ (CIUDAD O PUEBLO) _____ (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ COMAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N..... 14 PROMOTOR(A) DE SESPAS..... 15 PROMOTORA DEL CEA..... 16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA..... 21 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 22 CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO..... 23 COLMADO O SUPERMERCADO..... 24 FARMACIA..... 25 BARBERIA/SALON DE BELLEZA..... 26 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 27 PROMOTORA DE ADOPLAFAM..... 28 PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE..... 29 PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI..... 30 PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
328A	PARA USUARIAS DE PILDORA, METODOS VAGINALES, INYECCION O CONDOM		→329
328B	USUARIAS DE DIU, IMPLANTE O ESTERILIZACION FEMEMINA En la epoca en que decidió usar ese metodo, ¿Fue referida (enviada) por una promotora o voluntaria a algún establecimiento de salud, para que la operaran (le colocaran el DIU o el IMPLANTE)?	SI..... 1 NO..... 2	→328D
328C	¿Para qué institución trabaja o trabajaba la persona que le dió el referimiento (la envió) para la esterilización (la colocación del DIU O EL IMPLANTE)	PROMOTORA/VOLUNTARIA DE MUDE..... 01 EXTENSIONISTA DE CARE..... 02 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 03 PROMOTORA/OPERADORA DE SALON DE BELLEZA DE ADOPLAFAM..... 04 PROMOTORA DEL IDDI..... 05 PROMOTOR(A) DE SESPAS..... 06 PROMOTORA DEL CEA..... 07 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
328D	VERIFIQUE 327:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> ELLA O EL ESTERILIZADA(O)  <input type="checkbox"/> NO ESTERILIZADA(O) </div> <div>→329</div> </div>		
328E	Quando Ud. fué a que le colocaran el (DIU/IMPLANTE) ¿Cuánto tuvo que pagar Ud.(él) por?:  SI NO PAGO, ANOTE "0000"  SI NO SABE, ANOTE "9998"	RDS CONSULTA..... ANTICONCEPTIVO..... OTROS GASTOS..... TODO.....	
328F	¿Cuántos controles del método se hizo en los últimos 12 meses?  SI NINGUNO, ANOTE "0"	NUMERO..... NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
329	¿Sabe de otro lugar donde Ud. podría haber conseguido (METODO) la última vez?  (En el momento de hacerse la operación de esterilización (colocación del DIU/NORPLANT) sabía Ud. de otro lugar donde podría haber sido operada (habérselo colocado)?)	SI..... 1 NO..... 2	→330A
330	La gente selecciona el lugar donde puede conseguir los servicios de planificación familiar, por varias razones.  ¿En su caso, cuál fue la principal razón por la que Ud. fué a (NOMBRE DEL LUGAR ANOTADO EN 318 O 328) en vez de otro lugar que usted conoce?	RAZON RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO CERCA AL HOGAR.....11 CERCA DEL TRABAJO.....12 DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....13 RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO PERSONAL MAS COMPETENTE/ AMIGABLE.....21 LIMPIEZA.....22 OFRECE MAS PRIVACIDAD.....23 MENOR TIEMPO DE ESPERA.....24 MAYOR TIEMPO DE SERVICIO.....25 PRESTAN OTROS SERVICIOS.....26  MENORES COSTOS.....31 DESEO DE ANONIMATO.....41  OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
330A	¿Ha tenido usted algún problema relacionado con el uso del (METODO ACTUAL)?	SI..... 1 NO..... 2	→333H
330B	¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido?  SI MENCIONA MAS DE UNO MARQUE CADA PROBLEMA MENCIONADO Y PREGUNTE:  ¿Cuál es el problema principal? ANOTE EL CODIGO	ESPOSO/MARIDO DESAPRUEBA.....A EFECTOS COLATERALES.....B PREOCUPACIONES DE SALUD.....C ACCESO/DISPONIBILIDAD.....D PRECIO ELEVADO.....E INCOMODO DE USAR.....F ESTERILIZADA, QUIERE TENER MAS NIJOS.....G OTRA RAZON.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....2 CODIGO PROBLEMA PRINCIPAL.....	→333H

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
331	¿Cuál es la principal razón de que Ud. no esté usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<p>RAZON</p> <p>NO CASADA O UNIDA.....11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES.....21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE.....22</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA.....23</p> <p>SUBFECUNDA/INFECUNDA.....24 → 333G</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA.....25</p> <p>DESEA MAS HIJOS.....26</p> <p>OPOSICION A USAR</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE.....31</p> <p>MARIDO SE OPONE.....32</p> <p>OTROS SE OPONEN.....33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA.....34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE METODO.....41</p> <p>NO CONOCE FUENTE.....42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD.....51</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....52</p> <p>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS.....53</p> <p>MUY COSTOSO.....54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR.....55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56</p> <p>FATALISTA.....61</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE.....98</p>	
332	¿Sabe Ud. de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 → 333A</p>	
333	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI MARCO "CLINICA PRIVADA", PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>_____</p> <p>DIRECCION (Calle, Avenida, Barrio)</p> <p>_____</p> <p>(CIUDAD O PUEBLO) (PROVINCIA)</p>	<p>SECTOR PUBLICO:</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA.....11</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS.....12</p> <p>CLINICA/DISPENS. DEL CEA.....13</p> <p>HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N.....14</p> <p>PROMOTOR(A) DE SESPAS.....15</p> <p>PROMOTORA DEL CEA.....16</p> <p>SECTOR PRIVADO:</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....20</p> <p>CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21</p> <p>CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22</p> <p>CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23</p> <p>COLMADO O SUPERMERCADO.....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>PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE.....29</p> <p>PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI.....30</p> <p>PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI.....31</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
333A	<p>COTEJE 313 Y 314:</p> <p>NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/></p> <p>ESTA ACTUALMENTE USANDO RITMO, RETIRO, MELA U OTRO METODO TRADICIONAL <input type="checkbox"/> (PASE A 333G)</p>	<p>ESTA ACTUALMENTE USANDO METODO MODERNO <input type="checkbox"/> → 333H</p>	
333B	¿Piensa Ud. usar un método para evitar embarazos en el futuro?	<p>SI.....1 → 333D</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8 → 333G</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A																								
333C	¿Cuáles es la principal razón por la que usted no piensa usar ningún método?	NO UNIDA.....11→333F RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD SEXO POCO FRECUENTE.....22 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA.....23 SUBFECUNDA/INFERTIL.....24 DESEA MAS NIJOS.....25  OPUESTA A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE.....31 MARIDO SE OPONE.....32 OTROS SE OPONEN.....33 RAZONES RELIGIOSAS.....34  FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE METODO.....41 NO CONOCE FUENTE.....42  RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO→333G PROBLEMAS DE SALUD.....51 MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS.....53 CUESTA MUCHO.....54 INCONVENIENTE DE USAR.....55 INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56  FATALISTA.....61  NINGUNA OTRA RAZON.....95 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98																									
333D	¿Piensa Ud. usar un método en los próximos doce meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																									
333E	¿Cuando Ud. use un método, cuál preferiría usar?	PASTILLAS.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 IMPLANTE/NORPLANT.....04 VAGINALES(TABLETA/ESPUMA/OVULO).....05 CONDON.....06 ESTERILIZACION FEMENINA.....07 ESTERILIZACION MASCULINA.....08→333G RITMO O METODO DE OVULACION.....09 RETIRO.....10 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA).....11 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98																									
333F	¿Usaría Ud. un método si estuviera casada/o en unión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																									
333G	¿En general, Ud. está de acuerdo o en desacuerdo en que las parejas usen un método para evitar o demorar embarazos?	DE ACUERDO.....1 EN DESACUERDO.....2 NO OPINA.....3																									
333H	¿Está Ud. de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar:	<table><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr><tr><td>a. RADIO.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>b. TELEVISION.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>c. PERIODICOS/REVISTAS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>d. AFICHES.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>e. FOLLETOS.....1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr></table>		SI	NO	NS	a. RADIO.....1	2	8		b. TELEVISION.....1	2	8		c. PERIODICOS/REVISTAS.....1	2	8		d. AFICHES.....1	2	8		e. FOLLETOS.....1	2	8		
	SI	NO	NS																								
a. RADIO.....1	2	8																									
b. TELEVISION.....1	2	8																									
c. PERIODICOS/REVISTAS.....1	2	8																									
d. AFICHES.....1	2	8																									
e. FOLLETOS.....1	2	8																									
333I	¿Ha oído o leído Ud. en los últimos meses, algún mensaje sobre planificación familiar:	<table><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr><tr><td>a. RADIO.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>b. TELEVISION.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>c. PERIODICO/REVISTA.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>d. AFICHE/POSTER.....1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>e. FOLLETOS.....1</td><td>2</td><td></td></tr></table>		SI	NO	a. RADIO.....1	2		b. TELEVISION.....1	2		c. PERIODICO/REVISTA.....1	2		d. AFICHE/POSTER.....1	2		e. FOLLETOS.....1	2								
	SI	NO																									
a. RADIO.....1	2																										
b. TELEVISION.....1	2																										
c. PERIODICO/REVISTA.....1	2																										
d. AFICHE/POSTER.....1	2																										
e. FOLLETOS.....1	2																										
333J	¿En los últimos meses ha comentado Ud. sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI.....1 NO.....2→334																									
333K	¿Con quién ha comentado?	ESPOSO/COMPAÑERO.....A MADRE.....B PADRE.....C HERMANA(S).....D HERMANO(S).....E HIJA.....F SUEGRA.....G AMIGAS.....H OTRA:.....X (ESPECIFIQUE)																									
	ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE																										

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
334	¿En los últimos 12 meses le ha visitado una promotora/voluntaria de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿Ha visitado Ud. alguna clínica, hospital o consultorio médico (incluyendo clínicas y consultorios móviles) en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→338
336	¿Alguien de ese consultorio médico o establecimiento de salud le ha hablado acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
336A	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen de papanicolaou?	SI..... 1 NO..... 2	→336C
336B	¿Dónde le hicieron el último examen?  SI MARCO "CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  _____ DIRECCION (Calle, Barrio)  _____ (CIUDAD O PUEBLO)                      (PROVINCIA)	SECTOR PUBLICO: HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA..... 11 HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS..... 12 CLINICA/DISPENS. DEL CEA..... 13 HOSP/CLIN/DISPENS. FF.AA/P.N..... 14  SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICA ASOCIADA A PROFAMILIA..... 21 CLINICA PRIVADA..... 22 CONSULTORIO DE ADOPLAFAM..... 23  OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
336C	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen (con las manos o rayos X) de los senos para ver si tenía algún tumor?  SI "SI": QUE TIPO DE EXAMEN LE HICIERON?	MAMOGRAFIA..... 1 TACTO..... 2 AMBOS..... 3 NO SE HIZO..... 4	
338	¿Piensa Ud. que mientras una mujer está dando el seno aumentan las posibilidades de quedar embarazada o disminuyen o no cambian?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO CAMBIAN..... 3 DEPENDEN..... 4 NO SABE..... 5	
338A	¿Ha visto, oído o leído, en los últimos meses, algún mensaje sobre lactancia materna?  en la radio? en la televisión? en un periódico o revista? en un afiche? en un folleto?	SI NO a. RADIO..... 1 2 b. TELEVISION..... 1 2 c. PERIODICO/REVISTA..... 1 2 d. AFICHE/POSTER..... 1 2 e. FOLLETOS..... 1 2	



SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	COTEJE 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/> (PASE A 465)		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 COMIENCE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. SI HAY MAS DE TRES NACIDOS VIVOS USE HOJAS 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.		
403	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>
404	DE LA P. 212 Y DE LA P. 216	ULTIMO NACIDO VIVO 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"/>
405	¿Cuando usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería tener ese niño entonces, quería esperar hasta más tarde o no quería (más) niños?	ENTONCES.....1 (PASE A 407)<	ENTONCES.....1 (PASE A 407)<
		MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 407)<	MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 407)<
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998
407	¿Cuando 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.....X (ESPECIFIQUE).....Z NADIE.....Z (PASE A 409C)<	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE).....Z NADIE.....Z (PASE A 409C)<
407A	¿A qué lugar fue a chequearse por primera vez?	SECTOR PUBLICO.....11 HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO.....21 CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA.....25 U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....96 ESPECIFIQUE.....98 NO SABE.....98 PASE A 408<	SECTOR PUBLICO.....11 HOSPITAL PUBLICO.....11 SUBCENTRO PUBLICO.....12 DISPENSARIO PUBLICO.....13 CLINICA RURAL.....14 SECTOR PRIVADO MEDICO.....21 CLINICA PRIVADA.....21 CLINICA DE PROFAMILIA.....22 CLINICA DE ADOPLAFAM.....23 CONSULTORIO PRIVADO.....24 DISPENSARIO DE IGLESIA.....25 U OTRA ENTIDAD.....25 OTRO.....96 ESPECIFIQUE.....98 NO SABE.....98 PASE A 408<
407B	¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE).....8 NO SABE.....98	SESPAS.....1 IDSS.....2 FF.AA./P.N.....3 CEA.....4 OTRA.....5 (ESPECIFIQUE).....8 NO SABE.....98
408	¿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
409	¿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
409A	¿Le hablaron de los beneficios de la lactancia materna en algunos de esos controles (chequeos)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409C)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 409C)<
409B	¿Sobre cuáles beneficios recuerda usted que le hablaron? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	NUTRICIONALES.....A INMUNOLOGICOS.....B ANTICONCEPTIVOS(MELA).....C PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....D OTRO.....X (ESPECIFIQUE).....Y NO RECUERDA/NO SABE.....Y	NUTRICIONALES.....A INMUNOLOGICOS.....B ANTICONCEPTIVOS(MELA).....C PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....D OTRO.....X (ESPECIFIQUE).....Y NO RECUERDA/NO SABE.....Y

NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212				
		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
409C	¿Tuvo algún problema o complicación relacionado con el embarazo de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<	SI.....1 NO.....2 PASE A 410<
409D	¿Qué problemas tuvo?	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
410	¿Cuando estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron una inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, o sea convulsiones después de nacido?	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<	SI.....1 (PASE A 411)< NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 411A)<
410A	¿Por qué no le pusieron la vacuna?	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<	ESTABA VACUNADA.....1 DESCUIDO DE LA MUJER.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL PRENATAL.....4 (PASE A 411A)<
411	Durante ese embarazo, ¿Cuántas veces recibió la inyección?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8
411A	¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de orina?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411C)< NO SABE.....8
411B	¿Cuántas veces le hicieron el examen de la orina?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8
411C	¿Durante el embarazo de (NOMBRE) le hicieron examen de la sangre?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411E)< NO SABE.....8
411D	¿Cuántas veces le hicieron el examen de la sangre?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE.....8
411E	Durante el embarazo de (NOMBRE): (LEA OPCIONES Y ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE)	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E	LA PESARON.....A LE TOMARON PRESION.....B LE MIDIERON LA BARRIGA.....C LE RECETARON HIERRO.....D NINGUNA DE LAS ANTERIORES.E
412	¿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.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<	HOSPITAL PUBLICO.....21 SUBCENTRO PUBLICO.....22 DISPENSARIO PUBLICO.....23 CLINICA RURAL.....24 CLINICA PRIVADA.....31 EN LA CASA.....41 OTRO.....96 ESPECIFIQUE PASE A 413<
412A	¿A qué institución pertenece ese establecimiento?	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	SESPAS.....01 IDSS.....02 FF.AA./P.N.....03 CEA.....04 OTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
414	¿En el momento del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud.  A. Trabajo prolongado, es decir, contracciones fuertes y regulares, durante más de 12 horas?  B. Sangrado excesivo después del parto?  C. Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal?  D. Convulsiones no causadas por fiebre?  E. alguna otra complicación?	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 OTRA.....1 2 (ESPECIFIQUE)
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
415A	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) a tiempo o nació prematuro, es decir, si se naciese 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
416	¿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
417	¿Pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? (SI NO FUE PESADO, NO SABE O NO RECUERDA PIDA UNA ESTIMACION)	PESADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS ESTIMADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998	PESADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS ESTIMADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998	PESADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS ESTIMADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS ONZAS NO SABE.....9998
418A	Después del parto (de la cesárea) ¿le dejaron todo el tiempo a su hijo(a) en su cuarto o cama?	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←	SI.....1 NO.....2 TUVO PARTO EN LA CASA.....3 (PASE A 419)←
418B	En el hospital (la clínica) ¿Algún miembro del personal le informó sobre como dar el seno?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
419	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 421)← NO.....2 (PASE A 422)←		
420	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo		SI ULTIMO NACIMIENTO ES MULTIPLE, PASE A 424 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424)←	SI.....1 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424)←
421	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURO <input type="checkbox"/> (PASE A 424)		

	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

  

423	¿Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1	NO..... 2	(PASE A 425)<			
-----	--	-----------	-----------	---------------	--	--	--

  

424	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES.....	NO SABE.....98	(PASE A 425)<			
-----	---	------------	----------------	---------------	--	--	--

  

425	¿Le dió el seno (amamentó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1	NO..... 2	(PASE A 426)<			
-----	---	-----------	-----------	---------------	--	--	--

  

425A	¿Por qué no le dió el seno a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SENO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA...10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SENO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA...10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/SENO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR SENO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA...10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431)<
------	--	---	---	---

  

426	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) empezó a darle el seno?	INMEDIATAMENTE..... 000	HORAS.....1	DIAS.....2			
-----	---	-------------------------	-------------	------------	--	--	--

  

427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>	(PASE A 429)			
-----	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------	--	--	--

  

428	¿Todavía le está dando el seno a (NOMBRE)?	SI..... 1	NO..... 2	(PASE A 432)<			
-----	--	-----------	-----------	---------------	--	--	--

  

429	¿Durante cuántos meses le dió Ud. el seno a (NOMBRE)? (SI MENOS DE UN MES ANOTE 00)	MESES.....	NO SABE.....98	(PASE A 432)<			
-----	---	------------	----------------	---------------	--	--	--

  

430	¿Por qué dejó de darle el seno a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO(A) MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/SENO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)
-----	--	---	---	---

431	VERIFIQUE 404:	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 437)	MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440)
432	Cuántas veces le dió el pecho anoche a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO	NUMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/> NO SABE.....98					
433	Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) ayer en las horas del día?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO	NUMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> NO SABE.....98					
434	¿En el día de ayer o anoche tomó (NOMBRE) algo en bibe- rón, cucharita o gotero?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
435	¿En algún momento de ayer o de anoche se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente?  Agua? Agua de azúcar? Agua de arroz? Crema de habichuelas? Jugo? Te de hierba o tisana? Leche especial para bebe? Leche de vaca o de chiva? Leche en polvo? Sopa? Otros líquidos? Puré de víveres? Puré de frutas? Compota? Algun otro alimento sólido o líquido?	<div style="text-align: center;">SI NO NS</div> a) AGUA .....1 2 8 b) AGUA DE AZUCAR.....1 2 8 c) AGUA DE ARROZ.....1 2 8 CREMA DE d) HABICHUELAS.....1 2 8 e) JUGO.....1 2 8 f) TE DE HIERBA O TISANA.....1 2 8 g) LECHE ESPECIAL PARA BEBE.....1 2 8 h) LECHE DE VACA O DE CHIVA.....1 2 8 i) LECHE EN POLVO.....1 2 8 j) SOPA.....1 2 8 k) OTROS LIQUIDOS.....1 2 8 l) PURE DE VIVERES.....1 2 8 m) PURE DE FRUTAS.....1 2 8 n) COMPOTA.....1 2 8 o) ALGUN OTRO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO.....1 2 8					
436	VERIFIQUE 435:  ¿AYER SE LE DIO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO?	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)	"NO/NO SABE" EN TODOS <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438)				
437	(Además de la leche materna) ¿Cuántas veces comió (NOM- BRE) ayer, incluyendo tanto las comidas principales como otras?  SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8			
438	¿Cuántos días de la última semana se le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente?	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS  A) Agua? AGUA..... <input type="text"/> B) Leche? LECHE..... <input type="text"/> C) Otros líquidos diferente a leche y agua? OTROS LIQUIDOS DIFE- RENTE A LECHE Y AGUA..... <input type="text"/> D) Comida hecha de cereal? COMIDA HECHA DE CEREAL..... <input type="text"/> E) Comida hecha de víveres? COMIDA HECHA DE VIVERES..... <input type="text"/> F) Huevos? HUEVOS..... <input type="text"/> G) Carne/pollo/pescado? CARNE/POLLO/PESCADO... <input type="text"/> Cualquier otra comida sólida o semisólida? CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... <input type="text"/> H) Compota? COMPOTA..... <input type="text"/> I) NO LE DIO NADA NO LE DIO NADA..... <input type="text"/> SI NO SABE, ANOTE "8"	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS  AGUA..... <input type="text"/> LECHE..... <input type="text"/> OTROS LIQUIDOS DIFE- RENTE A LECHE Y AGUA..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE CEREAL..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE VIVERES..... <input type="text"/> HUEVOS..... <input type="text"/> CARNE/POLLO/PESCADO... <input type="text"/> CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... <input type="text"/> COMPOTA..... <input type="text"/> NO LE DIO NADA..... <input type="text"/>	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS  AGUA..... <input type="text"/> LECHE..... <input type="text"/> OTROS LIQUIDOS DIFE- RENTE A LECHE Y AGUA..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE CEREAL..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE VIVERES..... <input type="text"/> HUEVOS..... <input type="text"/> CARNE/POLLO/PESCADO... <input type="text"/> CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... <input type="text"/> COMPOTA..... <input type="text"/> NO LE DIO NADA..... <input type="text"/>	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS  AGUA..... <input type="text"/> LECHE..... <input type="text"/> OTROS LIQUIDOS DIFE- RENTE A LECHE Y AGUA..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE CEREAL..... <input type="text"/> COMIDA HECHA DE VIVERES..... <input type="text"/> HUEVOS..... <input type="text"/> CARNE/POLLO/PESCADO... <input type="text"/> CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA... <input type="text"/> COMPOTA..... <input type="text"/> NO LE DIO NADA..... <input type="text"/>		

NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
438A	COTEJE 435 y 438:	NO SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA <input type="checkbox"/>	SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → PASE A 438C
438B	¿Se le dió (ha dado) alguna vez a (NOMBRE) agua o algo más de beber o alguna comida (diferente de la leche de seno)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<
438C	¿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..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96
438D	COTEJE 438C	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439  MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES <input type="checkbox"/>	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439  MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES <input type="checkbox"/>	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439  MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES <input type="checkbox"/>
438E	¿Por qué empezó a darle otro alimento aparte del seno, antes de los 6 meses?	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA POCA LECHE.....02 PIENSA QUE EL SEÑO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)
439		DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440	DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440	

SECCION 48. VACUNACION Y SALUD

<p>440 ENTRE EN LA TABLA EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991. HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE TODOS LOS NACIMIENTOS, COMENZANDO POR EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE 3 NACIMIENTOS UTILICE HOJAS ADICIONALES).</p>				
441	<p>NUMERO DE LINEA DE LA PREG.212</p>	<p>ULTIMO NACIDO VIVO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE _____</p>	<p>PENULTIMO NACIDO VIVO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE _____</p>	<p>ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE _____</p>
443	<p>¿Tiene una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI', ¿Puedo verla, por favor?</p>	<p>SI, VISTA.....1 (PASE A 445)←</p> <p>SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)←</p> <p>NO HAY TARJETA.....3</p>	<p>SI, VISTA.....1 (PASE A 445)←</p> <p>SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)←</p> <p>NO HAY TARJETA.....3</p>	<p>SI, VISTA.....1 (PASE A 445)←</p> <p>SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)←</p> <p>NO HAY TARJETA.....3</p>
444	<p>¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?</p>	<p>SI.....1 (PASE A 447)←</p> <p>NO.....2</p>	<p>SI.....1 (PASE A 447)←</p> <p>NO.....2</p>	<p>SI.....1 (PASE A 447)←</p> <p>NO.....2</p>
445	<p>(1)COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA</p> <p>(2)ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DE 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO HAY FECHA ANOTADA.</p> <p>BCG</p> <p>POLIO (AL NACER)</p> <p>POLIO 1</p> <p>POLIO 2</p> <p>POLIO 3</p> <p>DPT 1</p> <p>DPT 2</p> <p>DPT 3</p> <p>SARAMPION</p>	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG</p> <p>PN</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>SA</p>	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG</p> <p>PN</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>SA</p>	<p>DIA MES AÑO</p> <p>BCG</p> <p>PN</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>SA</p>
446	<p>¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en esta tarjeta?</p> <p>NOTE "SI" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO 1, 2, 3, Y/O SARAMPION</p>	<p>SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445, PASE A 448H)</p> <p>NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←</p>	<p>SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 448H)</p> <p>NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←</p>	<p>SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 448H)</p> <p>NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 448H)←</p>
447	<p>¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A 448H)←</p> <p>NO SABE.....8</p>
448	<p>Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:</p>			
448A	<p>¿Recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo o en el hombro izquierdo que deja una cicatriz?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>
448B	<p>¿Recibió la vacuna contra el polio, esto es, gotas en la boca?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448E)←</p> <p>NO SABE.....8</p>
448C	<p>¿Cuántas veces?</p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>
448D	<p>¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el polio, cuando nació o más adelante?</p>	<p>AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2</p>	<p>AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2</p>	<p>AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....1 MAS ADELANTE.....2</p>
448E	<p>¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone junto con las gotitas del polio?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)←</p> <p>NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 (PASE A P448G)←</p> <p>NO SABE.....8</p>
448F	<p>¿Cuántas veces?</p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES. <input type="text"/></p>
448G	<p>¿Recibió una inyección contra el sarampión?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>

	ULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO MACIDO VIVO NOMBRE	
448H	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando lo llevó a chequear por primera vez para ver como estaba? (SI MENOS DE UN MES ANOTE "00")	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA LO LLEVO.....96 NO SABE.....98	
448I	COTEJE 216: ESTA EL NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 449)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 449)	
448J	REGRESE A 443 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MAS, PASE A 465.			
449	¿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	
450	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
450A	¿Ha estado (NOMBRE) con tos en las últimas 24 horas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
450B	¿Cuántos días (le duró/le ha durado) la tos? SI MENOS DE UN DIA, ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
451	¿Cuándo (NOMBRE) estaba enfermo(a) 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	
451A	COTEJE 449 Y 450: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 449 O 450 OTRO <input type="checkbox"/> → (PASE A 454)	"SI" EN 449 O 450 OTRO <input type="checkbox"/> → (PASE A 454)	
451B	¿Le dieron algo a (NOMBRE) para tratarle la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
451C	¿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 OTRA PASTILLA O JARABE.....E REMEDIO CASERO/ HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	INYECCION.....A ANTIBIOTICO.....B (PASTILLA O JARABE).....C JARABE PARA LA TOS.....D OTRA PASTILLA O JARABE.....E REMEDIO CASERO/ HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	
452	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454)←	
452A	¿Cuántos días esperó para buscar atención o ayuda?	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> El mismo día.....00	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> El mismo día.....00	
453	¿Adónde pidió consejo o tratamiento para la fiebre o tos, si le dieron algo?  ¿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 CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I CURANDERO/BRUJO.....J EN LA CASA.....K OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
454	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	



	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	
454A	REGRESE A 443 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.			
454B	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las últimas 24 horas? SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	
454C	¿Cuántos días le ha durado/le duró la diarrea? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00" DIAS.....	DIAS.....	DIAS.....	
455	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
456	¿En el peor día de la diarrea cuántas evacuaciones tuvo (NOMBRE)? NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....9B	
457	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dió la misma cantidad de líquido que le daba antes de que tuviera diarrea, le dió más o le dió menos? LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
458	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dió la misma cantidad de alimentos que le daba antes de que tuviera diarrea, le dió más o le dió menos? LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	
459	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo diarrea le dieron a beber algo de lo siguiente: Suero oral o suero de sobre que se prepara con un paquete de sales de rehidratación oral? Agua de arroz o de otro cereal? Sopa? Suero casero preparado con agua de sal? Leche natural o leche de fórmula? Agua? Algún otro líquido? (ESPECIFIQUE)	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8
459A	VERIFIQUE 459: <input type="checkbox"/> LE DIO SUERO DE SOBRE <input type="checkbox"/> NO LE DIO SUERO DE SOBRE	→460		
459B	¿Donde consiguió el sobre de sales de rehidratación oral?	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO/NEGOCIO/SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO / NEGOCIO SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....01 SUBCENTRO PUBLICO.....02 DISPENSARIO PUBLICO.....03 CLINICA RURAL.....04 PROMOTORA DE SESPAS.....05 UROC.....06 SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....07 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....08 FARMACIA.....09 OTRA PROMOTORA.....10 COLMADO / NEGOCIO SUPERMERCADO.....11 OTRO.....96
460	¿Le dió algo más para la diarrea diferente a este líquido? SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
461	¿Qué le dieron para tratarle la diarrea?  ¿Algo más?  (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/ MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
462	Buscó consejo o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464 )<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464 )<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464 )<
463	¿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 UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A SUBCENTRO PUBLICO.....B DISPENSARIO PUBLICO.....C CLINICA RURAL.....D PROMOTORA DE SESPAS.....E UROC.....F SECTOR PRIVADO CLINICA/CONSULTORIO MEDICO PRIVADO.....G DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....I OTRA PROMOTORA.....J CURANDERO/BRUJO.....K EN LA CASA.....L OTRO.....X ESPECIFIQUE
464		REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 443 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465
465	Cuando un niño tiene diarrea se le debería dar menos líquidos que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
466	Cuando un niño tiene diarrea se le debería dar menos comida que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
467	Cuando un niño está enfermo con diarrea, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?  (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	SED.....A OJOS HUNDIDOS.....B BOCA Y LENGUA SECA.....C DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS.....D CUALQUIER DEPOSICION ACUOSA.....E VOMITO REPETIDO.....F CUALQUIER VOMITO.....G SANGRE EN LAS DEPOSICIONES.....H FIEBRE.....I ANSIAS.....J NO COME/NO BEBE BIEN.....K SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....L SI NO HAY MEJORIA.....M NIÑO DEMACRADO/DEBIL.....N OTRO:.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Y		
468	Cuando un niño está enfermo con tos, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?  (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	RESPIRACION AGITADA.....A DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....B RESPIRACION RUIDOSA.....C FIEBRE.....D INCAPAZ DE BEBER.....E NO COME/NO BEBE BIEN.....F SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....G SI NO HAY MEJORIA.....H TOS PERSISTENTE O EXCESIVA.....I OTRO:.....X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Y		
469	VERIFIQUE 459 TODAS LAS COLUMNAS:  NINGUN NIÑO RECIBIO SRO. O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO RECIBIO SRO. <input type="checkbox"/>	470-A		
470	Ha oído Ud. hablar de algún producto especial llamado suero de rehidratación oral que se puede usar cuando el niño tiene diarrea?	SI.....1 NO.....2		

470-A	COTEJE 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/> → (PASE A 501)		
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
471	COTEJE 216: ¿ESTA EL (LA) NIÑO(A) VIVO(A)?	VIVO(A) MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 443, PROXIMA COLUMNA)	VIVO(A) MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 443, PROXIMA COLUMNA)	VIVO(A) MUERTO(A) <input type="checkbox"/> (PASE A 501)
472	Usted me dijo que (NOMBRE) murió ¿De qué murió él/ella?	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>

## SECCION 5. NUPCIALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO.	SI NO a. NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.... 1 2 b. MARIDO..... 1 2 c. OTROS HOMBRÉS..... 1 2 d. OTRAS MUJERES..... 1 2	
502	Actualmente está Ud. casada o vive en unión con un hombre?	ACTUALMENTE CASADA..... 1 VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 NO EN UNION..... 3	→507
503	Actualmente tiene Ud. un compañero regular, ocasional o no tiene?	COMPAÑERO SEXUAL REGULAR..... 1 COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL..... 2 NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL..... 3	
504	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	ESTUVO CASADA..... 1 VIVIO EN UNION LIBRE..... 2 NO..... 3	→506 →511
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA ENERO DE 1991 ----->514A		
50	¿Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	→511
507	Su esposo/compañero vive actualmente con Ud. o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO DEL PAIS..... 2 VIVE EN EL EXTRANJERO..... 3	
511	Ha estado Ud. casada o en unión libre sólo una vez, o más de una vez?  SI MAS DE UNA VEZ, PREGUNTE: ¿Cuántas veces?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2 No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→511
512	VERIFIQUE 511:  CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> v En qué mes y año empezó a vivir junto con su esposo/marido?  CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> v En qué mes y año empezó a vivir junto con su primer esposo/marido?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	→514
513	¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. cuando empezó a vivir junto con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
514	DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1991. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1991.  PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZO A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIACION DE CUALQUIER UNION SUBSECUENTE.  PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACION DE OTRAS UNIONES.		
514A	VERIFIQUE 502: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/>	ACTUALMENTE NO CASADA NI UNIDA <input type="checkbox"/>	→515F
515	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar.  ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?  ANOTE EL NUMERO DE DIAS, SEMANAS, MESES O AÑOS. SI FUE EL MISMO DIA, ANOTE "00"	DIAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....4 <input type="text"/> <input type="text"/>  ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
515A	<p>VERIFIQUE 301, 301A, Y 302</p> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposo/marido) utilizaron condón?</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una fundita de goma en su pene durante las relaciones. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales (con su esposo/marido) utilizaron condón?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	
515B	<p>Ahora quiero hacerle algunas preguntas que sólo interesan para entender mejor los aspectos relacionados con la salud reproductiva de la población. Por tanto las informaciones que usted nos dé son estrictamente confidenciales.</p> <p>¿En los últimos 12 meses ha tenido Ud. relaciones sexuales con alguna otra persona aparte de su esposo o marido?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	→P517
515C	<p>¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales con otra persona aparte de su esposo/marido?</p>	<p>DÍAS.....1</p> <p>SEMANAS.....2</p> <p>MESES.....3</p> <p>AÑOS.....4</p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996</p>	
515D	<p>¿Usaron condones en esa ocasión?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA.....8</p>	
515E	<p>En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas aparte de su marido/esposo ha tenido Ud. relaciones sexuales?</p>	<p>NUMERO DE PERSONAS.....</p> <p>NO SABE.....98</p>	→517
515F	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mayor comprensión de algunos temas de planificación familiar</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales, si las ha tenido?</p>	<p>NUNCA HA TENIDO.....000</p> <p>DÍAS.....1</p> <p>SEMANAS.....2</p> <p>MESES.....3</p> <p>AÑOS.....4</p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996</p>	→601
516	<p>VERIFIQUE 301, 301A, Y 302</p> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón?</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una fundita de goma en su pene durante las relaciones. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	
516A	<p>VERIFIQUE 515F: MENOS DE 12 MESES DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL <input type="checkbox"/></p> <p>12 MESES O MAS DESDE LA ULTIMA RELACION SEXUAL <input type="checkbox"/></p>		→517
516B	<p>En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales?</p>	<p>NUMERO DE PERSONAS.....</p> <p>NO SABE.....98</p>	
517	<p>¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	→519

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
518	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI MARCO "CLINICA PRIVADA", ANOTE EL NOMBRE Y LA DIRECCION</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>_____ DIRECCION (CALLE, AVENIDA, BARRIO)</p> <p>_____ (CIUDAD/PUEBLO)      _____ (PROVINCIA)</p>	<p><b>SECTOR PUBLICO:</b></p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE SESPAS/ CONAPOFA.....11</p> <p>HOSP/CLIN/DISPENSARIO DE IDSS.....12</p> <p>CLINICA/DISPENS. DEL CEA.....13</p> <p>HOSP/CLIN/DIPENS. FF.AA/P.N.....14</p> <p>PROMOTOR(A) DE SESPAS.....15</p> <p>PROMOTORA DEL CEA.....16</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b></p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....20</p> <p>CLINICA ASOCIADA DE PROFAMILIA.....21</p> <p>CONSULTORIO DE ADOPLAFAM.....22</p> <p>CLIN/CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....23</p> <p>COLMADO O SUPERMERCADO.....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>PROMOTORA/VOLUNTARIA MUDE.....29</p> <p>PROMOTORA/VOLUNTARIA IDDI.....30</p> <p>PROMOTORA/VOLUNTARIA DE ONG's QUE TRABAJAN CON CONASUMI.....31</p> <p>OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
519	<p>Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO O UNIO..... 96</p>	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	<p>VERIFIQUE 314:</p> <p>NUNCA ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/></p> <p>EL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/></p>		→612
602	<p>VERIFIQUE 227</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ninguno (más) hijo(s)?</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO..... 2</p> <p>NO PUEDE/NO LE CONVIENE..... 3</p> <p>QUEDAR EMBARAZADA..... 4</p> <p>INDECISA/NO SABE..... 8</p>	→612 →604
603	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo?</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes de nacimiento de otro niño?</p>	<p>MESES..... 1 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 2 <input type="text"/></p> <p>POCO TIEMPO/AHORA..... 993</p> <p>ELLA NO PUEDE/NO LE CONVIENE..... 994</p> <p>QUEDAR EMBARAZADA..... 995</p> <p>DESPUES DEL MATRIMONIO..... 996</p> <p>OTRA: (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 998</p>	→612
604	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		→612
605	<p>¿Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas, se sentiría bien (contenta o feliz), se sentiría mal (triste o infeliz), o no le preocuparía?</p>	<p>SE SENTIRIA BIEN..... 1</p> <p>SE SENTIRIA MAL..... 2</p> <p>NO LE PREOCUPARIA..... 3</p>	
612	<p>VERIFIQUE 216</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE</p>	<p>NUMERO:..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 96</p>	→ 620
613	<p>¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran hembras y cuántos varones o no le importaría?</p>	<p>NIÑAS NIÑOS CUALQUIERA</p> <p>NUMERO.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 999996</p>	
620	<p>VERIFIQUE: 502</p> <p>CASADA O UNIDA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NO EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→701
621	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/marido sobre planificación familiar.</p> <p>¿Piensa Ud. que su esposo/marido está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?</p>	<p>DE ACUERDO..... 1</p> <p>EN DESACUERDO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
622	¿Con qué frecuencia Ud. y su esposo/marido hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA HAN HABLADO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 A MENUDO..... 3 NO HABLAN PORQUE USAN METODO..... 4	
623	¿Piensa Ud. que su esposo/marido desea (deseaba) tener con Ud. el mismo número de hijos que Ud. quiere (quería), o él quiere (quería) más o menos que Ud.?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	



SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	<p>VERIFIQUE 502 Y 504</p> <p>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ANTERIORMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p>		<p>→703</p> <p>→709</p>
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/marido?	EDAD .....	<input type="text"/>
703	¿Su (último) esposo/marido alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→706
704	¿Cuál fué el último año de estudios que él aprobó y de qué nivel?	<p>NINGUNO..... 0</p> <p>PRIMARIA..... 1</p> <p>SECUNDARIA..... 2</p> <p>UNIVERSITARIA..... 3</p> <p>NO SABE..... 998</p>	<input type="text"/>
706	¿Cuál es (era) la ocupación de su (último) esposo/marido? Es decir ¿qué clase de trabajo hace (hacía) él principalmente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
706A	¿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>→706D</p> <p>→706D</p>
706B	¿Emplea (empleaba) alguna o algunas personas en su negocio (comercio, empresa, finca, etc.)?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....3</p>	→706D
706C	¿Cuántos trabajadores o empleados tiene (tenía)?	<p>EMPLEADOS/TRABAJADORES <input type="text"/></p> <p>97 O MAS.....96</p> <p>NO SABE.....98</p>	<input type="text"/>
706D	VERIFIQUE 502:		
	<p>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUALMENTE NO CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p>		→707
706E	¿Cuánto gana(ba) su marido por mes, incluyendo el valor de cualquier beneficio en especie (alimentos, etc.)?	<p>PESOS RD\$ <input type="text"/></p> <p>99,000 PESOS O MAS.....99996</p> <p>NO SABE.....99998</p>	<input type="text"/>
707	VERIFIQUE 706:		
	<p>TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>		→709
708	¿Su esposo/marido trabaja (trabajó) principalmente en su propia tierra, tierra de la familia, en tierra arrendada o en tierra de otros?	<p>PROPIA TIERRA..... 1</p> <p>TIERRA FAMILIAR..... 2</p> <p>TIERRA ARRENDADA..... 3</p> <p>TIERRA DE OTROS..... 4</p>	<input type="text"/>
709	<p>Ahora me voy a referir al trabajo suyo:</p> <p>¿Aparte del trabajo de la casa, actualmente está Ud. trabajando?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→712</p>
710	<p>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.</p> <p>¿Tiene Ud. actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→712</p>
711	¿Ha trabajado Ud. en los últimos 12 meses?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→726

34  
278

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
725	¿Quién cuida normalmente de (NOMBRE DEL NIÑO(A) MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/MARIDO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 LA MADRE/SUEGRA..... 05 OTROS PARIENTES..... 06 VECINOS..... 07 AMIGOS..... 08 EMPLEADA DOMESTICA..... 09 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 10 CUIDADO INSTITUCIONAL..... 11 NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
726	¿Ha vivido Ud. solamente en una localidad o en más de una localidad desde enero de 1991?	UNA LOCALIDAD..... 1 MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2	→728
727	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CAPITAL, "2" PARA CIUDAD/PUEBLO Y "3" PARA CAMPO). EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1991. PASE A .....		→801
728	¿En qué mes y año vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL MOVIMIENTO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CAPITAL, "2" CIUDAD/PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS MOVIMIENTOS Y TIPOS DE LOCALIDADES. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: -¿Dónde vivió Ud. antes de ...? -¿En que mes y año llegó allí? -¿Es ese lugar la capital, una ciudad o pueblo, o un campo?		

SECCION 8. ENFERMEDADES VAGINALES, ETS Y SIDA

Como usted sabe, hay enfermedades que les dan a los hombres y a las mujeres; algunas de ellas en los órganos genitales, como es el caso de algunas infecciones vaginales (en sus partes) y otras enfermedades que se transmiten con las relaciones sexuales o de otras formas.

	801A Conoce Ud. o ha oído hablar de la (ENFERMEDAD)		801B Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido Ud. (LA ENFERMEDAD CON CODIGO "1" EN 801A)?		801C ¿Buscó usted tratamiento para atenderse de (LA ENFERMEDAD CON CODIGO "1" EN 801B)?			
	LEERLE LA DESCRIPCION		LEERLE LA DESCRIPCION (SI NECESARIO)		SI "SI" ¿Con quién buscó tratamiento?			
	SI	NO	TUVO	NO TUVO	PERSONAL DE SALUD	OTRA PERSONA	AUTO-MEDICACION	NO BUSCO
01 INFECCIONES VAGINALES. Son infecciones que producen un flujo vaginal que puede ser blanco amarillento, puede parecerse a la leche cortada y da comezón, o puede ser amarillo grisáceo y con mal olor.	1	2	1	2	1	2	3	4
02 ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA: es una inflamación en los ovarios o trompa con dolor en el bajo vientre y fiebre.	1	2	1	2	1	2	3	4
03 CLAMIDIA. Es una enfermedad que produce inflamación (dolor) en la uretra (conducto o caño de orinar) con secreción transparente, clara.	1	2	1	2	1	2	3	4
04 HERPES GENITAL. Esta enfermedad se manifiesta con "bolitas o ampollitas (llenas de agua)", que duelen mucho y que después se revientan y aparecen ganglios inguinales (o secas) en ambos lados.	1	2	1	2	1	2	3	4
05 SIFILIS. Es una enfermedad que primero se manifiesta como Chancro, es decir, una úlcera o "llaga" que no duele y que aparece en el área genital y en otras partes del cuerpo.	1	2	1	2	1	2	3	4
06 GONORREA/ESTAR CORTAO. Es una enfermedad que en el hombre produce un flujo o secreción (goteo) por el caño de la orina, mientras en la mujer no presenta síntomas claros.	1	2	1	2	1	2	3	4
07 CHANCROIDE. Es una enfermedad que se presenta con una úlcera en el área genital (las partes) y a veces está acompañada de una masa a los lados de los genitales.	1	2	1	2	1	2	3	4
08 CONDILOMA ACUMINADO/CRESTA DE GALLLO. Es una enfermedad que se presenta como verrugas de color rojo-rosado en las áreas húmedas de la región genito-anal. Aparecen tanto solas como en racimos y sangran con facilidad.	1	2	1	2	1	2	3	4
09 ULCERAS O LLAGAS GENITALES. Son úlceras o llagas que aparecen en el área genital especialmente en el cuello de la matriz.	1	2	1	2	1	2	3	4
10 OTRA. (ESPECIFIQUE)	1	2	1	2	1	2	3	4

801D	COTEJE 801B HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO NINGUNA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> → 801L																																																	
801H	¿Cuándo Ud. tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 801B) ¿Se lo informó a su(s) compañero(s)?	SI..... 1 NO..... 2 NO TENIA COMPAÑERO SEXUAL..... 3 → 801L																																																
801I	¿Cuándo Ud. tenía (ENFERMEDAD(ES) EN 801B) ¿Hizo algo para no infectar (contagiar) a su(s) compañero(s)?	SI..... 1 NO..... 2 → 801L EL COMPAÑERO YA ESTABA INFECTADO..... 3																																																
801J	¿Qué hizo Ud.?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TENER RELACIONES SEXUALES..... A USO CONDONES..... B TOMO MEDICINAS..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)																																																
801L	¿Ha oído Ud. hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 811																																																
802	¿De cuáles medios o fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿Algún otro medio o fuente? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS..... D TRABAJADORES DE LA SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																																																
802B	¿Cómo piensa Ud. que una persona puede enfermarse de SIDA? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON MUJERAS PERSONAS..... B SEXO CON PROSTITUTAS..... C NO USO DE CONDONES..... D CONTACTOS HOMOSEXUALES..... E TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F JERINGUILLAS USADAS..... G POR BESOS..... H PICADURAS DE MOSQUITOS..... I OTRA..... X (ESPECIFIQUE)																																																
803	¿Piensa Ud. que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																
803A	Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique si piensa que es verdad o no. Las personas pueden protegerse a sí mismas del virus del SIDA de la siguiente manera..... LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE LA RESPUESTA EN CADA UNA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8	B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8	C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8	D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8	G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8	H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8	I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8	J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8	K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8
	SI	NO	NS																																															
A) LLEVANDO UNA BUENA DIETA.....	1	2	8																																															
B) ESTANDO CON UNA SOLA PAREJA FIEL.....	1	2	8																																															
C) EVITANDO BAÑOS/SANITARIOS PUBLICOS.....	1	2	8																																															
D) USANDO CONDONES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																															
E) NO TOCANDO UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																															
F) ACARICIANDOSE O MASTURBANDOSE SIN TENER PENETRACION.....	1	2	8																																															
G) NO COMPARTIENDO COMIDAS CON UNA PERSONA QUE TENGA SIDA.....	1	2	8																																															
H) EVITANDO PICADURAS DE MOSQUITOS Y OTROS INSECTOS.....	1	2	8																																															
I) ASEGURANDOSE DE QUE LAS INYECCIONES SEAN PUESTAS CON AGUJAS NUEVAS.....	1	2	8																																															
J) NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	8																																															
K) EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE SIN ANALIZAR.....	1	2	8																																															
807	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																
808	¿Cree usted que las personas con SIDA casi nunca mueren de la enfermedad, algunas veces mueren o casi siempre mueren de la enfermedad?	CASI NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 CASI SIEMPRE..... 3 SIEMPRE..... 4 NO SABE..... 8																																																
808A	¿Cree Ud. que alguien que esté enfermo de SIDA puede curarse?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
808B	¿Cree Ud. que una mujer embarazada enferma con el SIDA puede transmitirle la enfermedad a su niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808C	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	¿Pienasa Ud. que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiada del SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad de contagiarse?	PEQUEÑAS..... 1 MODERADAS..... 2 GRANDES..... 3 NINGUNA..... 4 TIENE SIDA..... 5	→809C →810
809A	¿Por qué cree usted que no tiene/tiene poca posibilidad de contagiarse o estar contagiada del SIDA?  Algunas otras razones?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A USA CONDOM..... B TIENE UN SOLO COMPAÑERO..... C TIENE POCAS COMPAÑEROS SEXUALES..... D SU ESPOSO NO TIENE OTRAS MUJERES..... E NO TIENE RELACION HOMOSEXUAL..... F NO SE HACE TRANSFUSION DE SANGRE..... G NO SE PONE INYECCIONES..... H OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	→810
809C	¿Por qué cree usted que tiene una posibilidad (moderada/grande) de contagiarse o estar contagiada del SIDA?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO USA CONDOMES..... A MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... B MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... C EL ESPOSO TIENE OTRAS MUJERES..... D RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... F SE PONE INYECCIONES..... G OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
810	¿Desde que usted empezó a oír hablar del SIDA ha cambiado su comportamiento sexual, para evitar contagiarse de la enfermedad?  SÍ SÍ: QUE HIZO USTED? HIZO ALGO MAS?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TEMER RELACIONES SEXUALES..... B COMENZO A USAR CONDOMES..... C SE LIMITO A UN COMPAÑERO SEXUAL..... D SU ESPOSO NO TIENE OTRAS MUJERES..... E REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... F PIDIO FIDELIDAD AL MARIDO..... G DEJO RELACIONES HOMOSEXUALES..... H DEJO DE INYECTARSE..... I OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO HA CAMBIADO SU COMPORTAMIENTO SEXUAL..... Z	
811	Algunas personas usan el condón durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse de enfermedad(es) de transmisión sexual o venéreas (entre ellas el SIDA) ¿Ha oído hablar de esto?	SI..... 1 NO..... 2	→815
812	VERIFIQUE 515F HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→815
813	Puede que hayamos hablado acerca de esto. ¿Ha usado alguna vez condones durante las relaciones sexuales para evitar contagiarse o transmitir enfermedades tales como el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→815
814	¿Durante los últimos 12 meses, ha usado usted CONDOM para evitar contagiarse de enfermedades venéreas o del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
815	¿Ha visto en televisión algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 3	→817
816	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE TELEVISION: SI NO a. INTERACTIVO..... 1 2 b. FIESTA..... 1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ..... 1 2 d. ANUNCIO DE PADRES..... 1 2 e. OTROS ANUNCIOS..... 1 2 (ESPECIFIQUE)	
817	¿Ha oído por la radio algún anuncio o cuña acerca del SIDA en los últimos meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 3	→819
818	¿Recuerda usted algo en especial de este(os) anuncio(s)?	SE REFIERE AL ANUNCIO DE RADIO: SI NO a. INTERACTIVO..... 1 2 b. FIESTA..... 1 2 c. SOLAMENTE UNA VEZ..... 1 2 d. ANUNCIO DE PADRES..... 1 2 e. OTROS ANUNCIOS..... 1 2 (ESPECIFIQUE)	
819	ANOTE LA HORA:	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 9. MORTALIDAD DE HERMANAS

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
900	<p>AHORA QUIERO HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS EN RELACION A TODAS LAS HERMANAS DE MADRE QUE USTED TIENE Y HA TENIDO. ESTO ES, VOY A PREGUNTARLE TANTO EN RELACION A SUS HERMANAS DE MADRE QUE ESTAN VIVAS COMO A LAS QUE HAN FALLECIDO. POR FAVOR, HAGA UN ESFUERZO POR RECORDARSE DE TODAS ELLAS, INCLUYENDO A LAS QUE MURIERON ESTANDO AUN MUY PEQUEÑAS, PORQUE ESTA INFORMACION ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS PODER ESTUDIAR LA SALUD DE LAS MADRES.</p>		
901	¿En total, cuántas hermanas de madre ha tenido Ud.?	<p>TOTAL DE HERMANAS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO HA TENIDO HERMANAS.....00 →1001</p>	
902	De esas hermanas, ¿Cuántas llegaron a cumplir los 12 años, incluyendo aquellas que han fallecido?	<p>TOTAL DE HERMANAS CON 12 AÑOS Y MAS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NINGUNA.....00 →1001</p>	
903	De las que han llegado a cumplir los 12 años ¿Cuántas han fallecido?	<p>TOTAL DE HERMANAS FALLECIDAS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NINGUNA.....00 →1001</p>	
904	¿Cuántas de esas hermanas que fallecieron, murieron por complicaciones del embarazo, antes de dar a luz?	<p>HERMANAS FALLECIDAS ESTANDO EMBARAZADAS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
905	¿Cuántas fallecieron al momento de dar a luz, es decir, durante el parto?	<p>HERMANAS FALLECIDAS DURANTE EL PARTO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
906	¿Cuántas fallecieron estando en riesgo, es decir, antes de cumplirse mes y medio del alumbramiento o pérdida?	<p>HERMANAS FALLECIDAS EN EL PUERPERIO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECCION 10. PESO Y TALLA

1001	VERIFIQUE 215: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/>		NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 <input type="checkbox"/>		MIDA Y PESE SOLO A LA MUJER <input type="checkbox"/>
ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2 A 4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE CADA UNO DE SUS HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 Y EN 1004 ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO DE TODOS LOS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991. EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS DEBEN SER PESADAS Y MEDIDAS, AUNQUE NO HAYAN TENIDO HIJOS O TODOS SUS HIJOS HAYAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE FORMULARIOS ADICIONALES).					
		1 ENTREVISTADA	2 NIÑO VIVO MAS JOVEN (MENOR)	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	No. DE ORDEN DE P212				
1003	NOMBRE	(NOMBRE)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215 Y PREGUNTE POR EL DÍA DEL NACIMIENTO		DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....
1005	VACUNA BCG (CON CICATRIZ EN BRAZO IZQUIERDO O EN EL HOMBRO)		SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ...1 NO SE VIO CICATRIZ.2
1006	TALLA (en centímetros)				
1008	SE LE TOMO LA TALLA (TAMAÑO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
1009	PESO (en Kilogramos)				
1010	FECHA DE PESO Y TALLA	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....	DÍA..... MES..... AÑO.....
1011	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 RECHAZO..... 4 OTRA:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
1012	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO:		NOMBRE DE LA ASISTENTE:		



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

Comentarios acerca de la entrevista:

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas:

---

---

---

Algún otro comentario:

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

Nombre de la Supervisora:

---

Fecha:

---

**OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR**

---

---

---

Nombre del Codificador:

---

Fecha:

---

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

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS

E EMBARAZOS

T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO

1 PILDORA

2 DIU

3 INYECCIONES

4 IMPLANTES

5 VAGINALES

6 CONDON

7 ESTERILIZACION FEMENINA

8 ESTERILIZACION MASCULINA

9 RITMO/METODO DE OVULACION

A RETIRO

B MELA/METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA

X OTRO

(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA

2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA

3 MARIDO DESAPROBO

4 DESEABA METODO MAS EFECTIVO

5 MOTIVOS DE SALUD

6 EFECTOS COLATERALES

7 ACCESO/DISPONIBILIDAD

8 COSTO

9 USO INCONVENIENTE

0 SEXO POCO FRECUENTE

F FATALISTA

A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA

B MARIDO AUSENTE

D DISOLUCION MARITAL/SEPARACION

X OTRO

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADA O UNIDA)

0 NO EN UNION

COL. 4: Movimientos y Tipos de Localidades

X CAMBIO DE COMUNIDAD

1 CAPITAL

2 CIUDAD

3 CAMPO

4 EXTRANJERO

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