



## SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

Hola. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Estamos realizando una encuesta nacional que le pregunta a las mujeres y hombres acerca de diferentes asuntos de salud. Realmente apreciaríamos su participación en esta encuesta. Esta información ayudará la planificación y organización de los servicios de salud. La encuesta usualmente toma entre 30 y 60 minutos para completar. Cualquier información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas.

Su participación en esta encuesta es voluntaria, y si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjeme saber y continuaré con las próximas preguntas; o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. De cualquier modo, esperamos que usted participe en esta encuesta pues sus opiniones son importantes.

En este momento, ¿usted quisiera hacerme alguna pregunta sobre la encuesta?, ¿puedo empezar la entrevista ahora?

Firma de la encuestadora: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Encuestada está de acuerdo con la entrevista 1 ↓ Encuestada no está de acuerdo con la entrevista 2 → FIN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?  SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>  SIEMPRE..... 95 → 104 VISITANTE ..... 96 → 104	
103	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	
104	En los últimos 12 meses, ¿en cuántas ocasiones ha usted viajado y/o estado fuera de su lugar de residencia?	NUMERO DE VIAJES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNO ..... 00 → 106	
104A	En los últimos 12 meses, ¿usted ha viajado fuera del país?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 105	
104B	¿La última vez que viajó fuera del país, adonde fue?	EEUU ..... A PUERTO RICO ..... B ESPAÑA ..... C HAITÍ ..... D OTROS ..... X (ESPECIFIQUE)	
104C	¿La última vez que viajó fuera del país, cuál fue el propósito del viaje?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS DE LA INFORMANTE	TRABAJO / NEGOCIOS ..... A VACACIONES / PASEO ..... B ESTUDIOS..... C OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
105	En los últimos 12 meses, ¿usted ha estado fuera de su comunidad por más de un mes?	SI ..... 1 NO ..... 2	
106	¿En qué mes y año nació usted?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98  AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 99 98	
107	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?  COMPARE 106 Y 107. SI SON INCONSISTENTES CORRIJA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 112	
109	¿Cuál es el nivel educativo más alto al que asistió en la escuela: primaria, secundaria o universitaria?	PREESCOLAR..... 1 PRIMARIA..... 2 SECUNDARIA..... 3 UNIVERSITARIA..... 4	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
110	¿Cuál fue el último año de estudios que usted aprobó en ese nivel?	CURSO..... <input type="text"/>	
111	VERIFIQUE 109: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             109=1 ó 2              PREESCOLAR              PRIMARIA  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             109=3 ó 4              SECUNDARIA O              UNIVERSITARIA  <input type="checkbox"/> </div> </div>		115
112	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta la siguiente frase: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA  SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE:  ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE COMPLETA..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO ..... 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGA/VISUALMENTE IMPEDIDA ..... 5	
113	¿Alguna vez ha participado en un programa de alfabetización que incluyera aprender a leer y escribir? (Sin incluir la escuela primaria).	SI ..... 1 NO ..... 2	
114	VERIFIQUE 112 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             CODIGO '2', '3' O '4'  <input type="checkbox"/>              CIRCULADO           </div> <div style="text-align: center;">             CODIGO '1' O '5'  <input type="checkbox"/>              CIRCULADO           </div> </div>		116
115	¿Lee usted un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, menos de una vez a la semana, o nunca lo hace?	CASI TODOS LOS DÍAS ..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 3 NUNCA ..... 4	
116	¿Escucha usted la radio casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana, o nunca lo hace?	CASI TODOS LOS DÍAS ..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 3 NUNCA ..... 4	
117	¿Mira usted televisión casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana, o nunca lo hace?	CASI TODOS LOS DÍAS ..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA ..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ..... 3 NUNCA ..... 4	

## SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos nacidos vivos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
202	De los hijos/hijas que usted tuvo, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	204
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted?  ¿Cuántas hijas hembras viven con usted?  SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>  HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que esté vivo, 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 hembras están vivas pero NO viven con usted?  SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>  HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después?  SI DIJO NO, INDAGUE:  ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 →	208
207	¿Cuántos hijos varones han muerto?  ¿Cuántas hijas hembras han muerto?  SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>  HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208:  Quisiera asegurarme que tengo la información correcta  ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida?  ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208:  UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> →		226

211

## HISTORIA DE NACIMIENTOS

<p>211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.</p> <p style="text-align: center;"><b>INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.</b></p>										
O R D E N D E L N A C I M I E N T O	212	213	214	215	216	217 SI ESTÁ VIVO	218 SI ESTÁ VIVO	219 SI ESTÁ VIVO	220 SI ESTÁ MUERTO	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto simple o múltiple?	¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR  (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)?  ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PRÓXIMO NACIMIENTO</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	
02	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
03	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
04	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
05	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
06	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
07	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2
08	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">AÑO</div>	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE A 221</div>	DÍAS..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> MESES..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> AÑOS..... 3 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2

O R D E N D E L N A C I M I E N T O	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
		¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto simple o múltiple?	¿Es (NOMBRE) varón o hembra?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO  ¿Cuántos años cumplidos tiene?  ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTA VIVO  ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTA VIVO  REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO DEL CUEST. DE HOGAR  (REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO)	SI ESTA MUERTO  ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)?  ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
10	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
11	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
12	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
13	(NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	VAR... 1 HEM... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN PASE A 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
222 ¿Ha tenido usted algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?										SI..... 1 NO..... 2
SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS										
223 COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE:										
NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA										
223 A	VERIFIQUE:		PARA CADA NACIMIENTO:	SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			PARA CADA HIJO VIVO:	SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)						
			PARA CADA HIJO MUERTO:	SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)						
223 B	VEA 220: PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.							1. _____	2. _____	
223 C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2002. SI NO HAY, ANOTE "0"									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 → 229 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8 → 229	
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada <b>en ese momento, quería esperar</b> más tiempo, o <b>no quería tener (más) hijos?</b>	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
230	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VERIFIQUE 230 ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="text"/> EN ENERO DE 2002 O DESPUÉS	ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="text"/> ANTES DE ENERO DE 2002	237
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto después de enero de 2002?	SI..... 1 NO..... 2	
235	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero de 2002?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
236	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  _____ FECHA, SI LA DA  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>  MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
238	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 → 301 NO SABE..... 8 → 301	
239	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	

### SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una par puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embaraz:			
301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:  ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTÍNE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?	
01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA (PREPARARSE) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos	SI..... 1 NO..... 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	
02 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para evit: tener más hijos	SI..... 1 NO..... 2	¿Ha tenido un esposo (marido) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	
03 PASTILLAS (PÍLDORAS) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastil para evitar quedar embarazad:	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
04 DIU (APARATICO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloqi un aparato (espiral, "T" de cobre) en la matriz:	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
05 INYECCIONES Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique na inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios mesi	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
06 NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloqu debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para eviti que salga embarazada durante uno o varios año	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
07 CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene dura te las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embaraza	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
08 CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de gom durante las relaciones sexuales	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
9 MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno duran los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruaci para evitar así quedar embarazad:	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
10 RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales duran aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilida de quedar embarazada	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
11 RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el ac sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la muj	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
12 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después d haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazad:	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
13 OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usa por las mujeres o los hombres para evitar embarazos:	SI..... 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2  SI..... 1 NO..... 2	
303 VERIFIQUE 302:	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> → PASE A 307 (NUNCA HA USADO) (HA USADO MÉTODO)		



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
304	¿Ha usado usted o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	333
306	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 303 ( Y 301 SI ES NECESARIO)		
307	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2, 8 226=1	333
310	¿Actualmente está usted o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	333
311	¿Qué método está(n) usando? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... H RITMO..... I RETIRO..... J OTRO MÉTODO:..... X (ESPECIFIQUE)	312A 316 319A
311A	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312A	Antes de prepararse (esterilizarse), ¿firmó usted un papel donde daba su autorización para hacerse esa operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
312B	¿Le hicieron la preparación (esterilización) al momento de dar a luz a su último hijo? SI 'SI' ¿fue este nacimiento por cesárea?	SI POR CESÁREA ..... 1 SI NORMAL..... 2 NO ..... 3	
316	¿Dónde tuvo lugar la operación (esterilización)? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE SESPAS ..... 11 HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12 HOSPITAL DE FF.AA/P.N. .... 13 OTRO PÚBLICO: ..... 14 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA PRIVADA..... 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA ..... 22 OTRO PRIVADO/ONG: ..... 23 (ESPECIFIQUE) OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	
317	VERIFIQUE 311: CÓDIGO 'A' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'B' MARCADO <input type="checkbox"/> Antes de prepararse (esterilizarse) ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? Antes de la operación ¿Le informaron a su esposo/marido que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
319	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/esterilizaron?	MES..... <input type="text"/>	
319A	En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	AÑO..... <input type="text"/>	
320	VERIFIQUE EN 215 Y 230, 319/319A, SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUES DEL MES DEL COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCION  NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	REGRESE A 319/319A, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO) Y LUEGO CONTINUE CON LA PREGUNTA 323	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
323	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 08 RITMO..... 09 RETIRO..... 10 OTRO MÉTODO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	326 335 324A 324A 335 335
324	¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo?	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... 11 HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12 HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... 13 CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA RURAL..... 15 PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... 16 OTRO PÚBLICO: ..... 17 (ESPECIFIQUE)	
324A	¿Dónde aprendió sobre el MELA/ritmo?      SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE	<b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO ..... 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA ..... 22 FARMACIA ..... 23 PROMOTOR(A) ONG's..... 24 OTRO PRIVADO/ONG: ..... 25 (ESPECIFIQUE)  <b>OTRAS FUENTES</b> COLMADO/SUPERMERCADO ..... 31 HOTEL/MOTEL ..... 32 OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
325	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 08 RITMO..... 09	332 335 335
326	Usted consiguió (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) en (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTA 316 O 324) en (FECHA DE PREGUNTA 319/319A).  ¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	SI..... 1 NO..... 2	328
327	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?	SI..... 1 NO..... 2	331
328	¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema?	SI..... 1 NO..... 2	
331	<b>VERIFIQUE 311/311A:</b>  ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT ..... 06 CONDÓN..... 07 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 08 RITMO..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	335 335 335

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
332	<p>¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... 11</p> <p>HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... 13</p> <p>CONSULTORIO/DISPENSARIO</p> <p>    PÚBLICO..... 14</p> <p>    CLÍNICA RURAL..... 15</p> <p>PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... 16</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ 17</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b></p> <p>CLÍNICA/CONSULTORIO/</p> <p>    MÉDICO PRIVADO ..... 21</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA ..... 22</p> <p>FARMACIA ..... 23</p> <p>PROMOTOR(A) ONG's..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO/ONG: _____ 25</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRAS FUENTES</b></p> <p>COLMADO/SUPERMERCADO ..... 31</p> <p>HOTEL/MOTEL ..... 32</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 335</p>
333	<p>¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→ 335</p>
334	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS DE LA INFORMANTE</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL/LOS CÓDIGOS) RESPECTIVO(S)</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A</p> <p>HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... C</p> <p>CONSULTORIO/DISPENSARIO</p> <p>    PÚBLICO..... D</p> <p>    CLÍNICA RURAL..... E</p> <p>PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... F</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ G</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b></p> <p>CLÍNICA/CONSULTORIO/</p> <p>    MÉDICO PRIVADO ..... H</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA ..... I</p> <p>FARMACIA ..... J</p> <p>PROMOTOR(A) ONG's..... K</p> <p>OTRO PRIVADO/ONG: _____ L</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRAS FUENTES</b></p> <p>COLMADO/SUPERMERCADO ..... M</p> <p>HOTEL/MOTEL ..... N</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
335	<p>¿En los últimos 12 meses ha sido visitada por una promotora/voluntaria que le habló sobre planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
336	<p>¿En los últimos 12 meses ha visitado alguna clínica u hospital para el cuidado suyo o de su(s) hijo(s)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→ 401</p>
337	<p>¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

# SECCIÓN 4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 2002 <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 2002 <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> → PASE A 576		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 2002. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS VIVOS ANOTE TAMBIÉN EL NOMBRE	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> (ÚLTIMA LÍNEA LLENADA) NOMBRE _____	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> (PENÚLTIMA LÍNEA LLENADA) NOMBRE _____	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> (ANTEPENÚLTIMA LÍNEA LLENADA) NOMBRE _____
404	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> MUERTO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	VIVO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> MUERTO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	VIVO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> MUERTO <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada <b>en ese momento</b> , quería esperar hasta <b>más tarde</b> , o <b>no quería tener más hijos</b> ?	EN ESE MOMENTO..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <b>(PASE A 407)</b> ← MÁS ADELANTE..... 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <b>(PASE A 407)</b> ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <b>(PASE A 432)</b> ← MÁS ADELANTE..... 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <b>(PASE A 432)</b> ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <b>(PASE A 432)</b> ← MÁS ADELANTE..... 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <b>(PASE A 432)</b> ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> AÑOS..... 2 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> AÑOS..... 2 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> AÑOS..... 2 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿Se chequeó el embarazo alguna vez?  SI 'SI', ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más?  ANOTE TODAS LAS CATEGORÍAS DE LAS PERSONAS QUE VIO.	<b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b> MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E  <b>OTRA PERSONA</b> COMADRONA/PARTERA..... F <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <b>(PASE A 414)</b> ←		
408	¿A qué centro de salud asistió usted para chequear su embarazo?  SONDEE: ¿Algún otro sitio?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... C CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... D CLÍNICA RURAL..... E OTRO PÚBLICO..... F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... G CLÍNICA DE PROFAMILIA..... H OTRO PRIVADO/ONG..... I (ESPECIFIQUE) <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)		
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se chequeó por primera vez?	MESES..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 98		
410	¿Cuántas veces la examinaron o la chequearon durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE VECES..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 98		
411	Durante ese embarazo, ¿cuántas veces A la pesaron? B le escucharon los latidos del corazón al bebé? C le tomaron la presión arterial? D le hicieron un examen de orina? E le hicieron un examen de sangre? F le midieron la barriga?	<b>No. Veces</b> PESARON..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> LATIDOS BEBÉ..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> PRESIÓN ARTERIAL..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> EXAMEN DE ORINA..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> EXAMEN DE SANGRE..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> BARRIGA..... <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
412	¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 8 <b>(PASE A 414)</b> ←		
413	¿Le dijeron a donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO SE ACUERDA..... 8		
414	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE) ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> NO SABE..... 8 <b>(PASE A 417)</b> ←		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
415	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa inyección?	VECES / DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
416	<b>VERIFIQUE EN 415: NÚMERO DE VACUNAS</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>2 O MÁS VECES</b>  <input type="text"/>  ↓  <b>(PASE A 421)</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>OTRA</b>  <input type="text"/>  ↓  <b>(PASE A 421)</b> </div> </div>		
417	¿En algún momento antes de este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica para protegerla a usted o a otro bebé?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 421)</b> ←		
418	¿Cuántas vacunas antitetánicas recibió antes del embarazo de (NOMBRE)?  SI 7 O MAS, REGISTRE 7	VECES / DOSIS ..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna antitetánica antes del embarazo de (NOMBRE)?  SOLICITE QUE LE MUESTRE EL CARNÉ	MES..... <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <b>(PASE A 421)</b> ← NO SABE AÑO.....9998		
420	¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes del embarazo de (NOMBRE)?	AÑOS ..... <input type="text"/>		
421	Durante ese embarazo, ¿Tomó hierro en pastilla o jarabe, o recibió inyecciones de hierro (sulfato ferroso)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 424)</b> ←		
422	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días recibió hierro en inyección, pastillas o jarabe?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NUMERO DE DÍAS APROXIMADO.	TOTAL DÍAS ..... <input type="text"/> NO SABE ..... 998		
424	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
432	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
433	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 435)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 435)</b> ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <b>(PASE A 435)</b> ←
434	¿Tiene usted la Tarjeta de Recién Nacido o comprobante de peso de (NOMBRE)?  SI LA RESPUESTA ES SI, SOLICÍTELA Y ANOTE EL PESO DEL NIÑO. SI NO TIENE TARJETA, PREGUNTE:  ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Lbs.      Onz. </div> PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9998	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Lbs.      Onz. </div> PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9998	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Lbs.      Onz. </div> PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9998
435	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Alguién más?  INDAGUE QUÉ TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	<b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b> MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E <b>OTRA PERSONA</b> COMADRONA/PARTERA ..... F AMIGO/PARIENTE..... G <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) <b>NADIE</b> ..... Y	<b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b> MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E <b>OTRA PERSONA</b> COMADRONA/PARTERA ..... F AMIGO/PARIENTE..... G <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) <b>NADIE</b> ..... Y	<b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b> MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO/OBSTETRA..... B MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... C MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... D ENFERMERA..... E <b>OTRA PERSONA</b> COMADRONA/PARTERA ..... F AMIGO/PARIENTE..... G <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) <b>NADIE</b> ..... Y

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
436	¿Dónde usted dió a luz a (NOMBRE)?  SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE SESPAS..... 11 HOSPITAL DEL IDSS ..... 12 HOSPITAL DE FF.AA/P.N..... 13 CLÍNICA RURAL..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE SESPAS..... 11 HOSPITAL DEL IDSS ..... 12 HOSPITAL DE FF.AA/P.N..... 13 CLÍNICA RURAL..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE SESPAS..... 11 HOSPITAL DEL IDSS ..... 12 HOSPITAL DE FF.AA/P.N..... 13 CLÍNICA RURAL..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) CLÍNICA PRIVADA..... 21 EN LA CASA..... 31 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←
437	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
438	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
439	Después que (NOMBRE) nació, pero antes de haber sido dada de alta ¿algún profesional de la salud o partera/comadrona le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 442) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←
440	¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo médico?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
441	¿Quién la chequeó en ese momento?  INDAGUE POR LA PERSONA MÁS CALIFICADA	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... 01 GINECÓLOGO/OBSTETRA..... 02 MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... 03 MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... 04 ENFERMERA..... 05 OTRO PERSONAL COMADRONA/PARTERA..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 453) ←		
442	Después de haber sido dada de alta del nacimiento de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud o partera/comadrona le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 455) ←
444	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún trabajador de salud o partera/comadrona le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
445	¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
446	¿Quién la chequeó en ese momento?  INDAGUE POR LA PERSONA MÁS CALIFICADA	PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO GENERAL..... 01 GINECÓLOGO/OBSTETRA..... 02 MÉDICO OTRA ESPECIALIDAD..... 03 MÉDICO NO SABE ESPECIALIDAD..... 04 ENFERMERA..... 05 OTRO PERSONAL COMADRONA/PARTERA..... 06 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		

		<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE    _____	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE    _____	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE    _____
447	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo?  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... 11 HOSPITAL/ POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12 HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... 13 CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA RURAL..... 15 OTRO PÚBLICO..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/CONSULTORIO MÉDICO PRIVADO..... 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 22 OTRO PRIVADO/ONG..... 23 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)		
453	Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta?  MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2		
454	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 456) ← NO..... 2 (PASE A 457) ←		
455	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 459) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 459) ←
456	¿A los cuántos 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
457	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 459)		
458	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 460) ←		
459	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	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
460	¿Le dió el seno (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ←
461	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el seno? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
462	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz y antes de que le comenzara a usted a salir la leche regularmente ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464) ←		
463	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a usted le comenzara a salir la leche regularmente?  SONDEE: ¿Algo más?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA ..... A AGUA SOLA ..... B DEXTROSA GLUCOSADA ..... C AGUA AZUCARADA ..... D JUGO DE FRUTA ..... E FÓRMULA PARA BEBÉS ..... F TÉ / INFUSIONES ..... G MIEL ..... H OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)		
464	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 466)		
465	¿Todavía le está dando el seno a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 468) ← NO..... 2		
466	¿Durante cuántos meses le dió usted el seno a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	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

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
467	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:	<div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 470)</div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> <div>(REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div>	<div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 470)</div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> <div>(REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div>	<div>VIVO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 470)</div> <div>MUERTO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div>
468	¿Cuántas veces le dió el seno a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m)  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES ANOCHER..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
469	¿Cuántas veces le dió el seno a (NOMBRE) durante el día de ayer (6a.m a 6 p.m)?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
470	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón (diferente del seno)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
471		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 501



SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN Y SALUD

501	<b>VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2002:</b> ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 2002. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE EL CUESTIONARIO ADICIONAL A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA.																																																																																																																																																																																																																											
502	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																								
503	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 573)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 573)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 573)																																																																																																																																																																																																																								
504	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla por favor?	SI, VISTA..... 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 506) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE TARJETA..... 3																																																																																																																																																																																																																								
505	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 508) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 508) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 508) ←																																																																																																																																																																																																																								
506	1) COPIE DE LA TARJETA, LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITIS B RECIENTE NACIDO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO AL NACER</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SRP/TRIPLE VIRAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPIÓN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DOSIS MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEGUNDA MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG				HEPATITIS B RECIENTE NACIDO				POLIO AL NACER				POLIO 1				POLIO 2				POLIO 3				PENTA 1				PENTA 2				PENTA 3				DPT 1				DPT 2				DPT 3				SRP/TRIPLE VIRAL				SARAMPIÓN				VITAMINA A				DOSIS MÁS RECIENTE				SEGUNDA MÁS RECIENTE				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITIS B RECIENTE NACIDO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO AL NACER</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SRP/TRIPLE VIRAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPIÓN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DOSIS MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEGUNDA MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG				HEPATITIS B RECIENTE NACIDO				POLIO AL NACER				POLIO 1				POLIO 2				POLIO 3				PENTA 1				PENTA 2				PENTA 3				DPT 1				DPT 2				DPT 3				SRP/TRIPLE VIRAL				SARAMPIÓN				VITAMINA A				DOSIS MÁS RECIENTE				SEGUNDA MÁS RECIENTE				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITIS B RECIENTE NACIDO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO AL NACER</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SRP/TRIPLE VIRAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPIÓN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DOSIS MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEGUNDA MÁS RECIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG				HEPATITIS B RECIENTE NACIDO				POLIO AL NACER				POLIO 1				POLIO 2				POLIO 3				PENTA 1				PENTA 2				PENTA 3				DPT 1				DPT 2				DPT 3				SRP/TRIPLE VIRAL				SARAMPIÓN				VITAMINA A				DOSIS MÁS RECIENTE				SEGUNDA MÁS RECIENTE			
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG																																																																																																																																																																																																																												
HEPATITIS B RECIENTE NACIDO																																																																																																																																																																																																																												
POLIO AL NACER																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 1																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 2																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 3																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 1																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 2																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 3																																																																																																																																																																																																																												
DPT 1																																																																																																																																																																																																																												
DPT 2																																																																																																																																																																																																																												
DPT 3																																																																																																																																																																																																																												
SRP/TRIPLE VIRAL																																																																																																																																																																																																																												
SARAMPIÓN																																																																																																																																																																																																																												
VITAMINA A																																																																																																																																																																																																																												
DOSIS MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
SEGUNDA MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG																																																																																																																																																																																																																												
HEPATITIS B RECIENTE NACIDO																																																																																																																																																																																																																												
POLIO AL NACER																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 1																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 2																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 3																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 1																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 2																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 3																																																																																																																																																																																																																												
DPT 1																																																																																																																																																																																																																												
DPT 2																																																																																																																																																																																																																												
DPT 3																																																																																																																																																																																																																												
SRP/TRIPLE VIRAL																																																																																																																																																																																																																												
SARAMPIÓN																																																																																																																																																																																																																												
VITAMINA A																																																																																																																																																																																																																												
DOSIS MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
SEGUNDA MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																																																																									
BCG																																																																																																																																																																																																																												
HEPATITIS B RECIENTE NACIDO																																																																																																																																																																																																																												
POLIO AL NACER																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 1																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 2																																																																																																																																																																																																																												
POLIO 3																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 1																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 2																																																																																																																																																																																																																												
PENTA 3																																																																																																																																																																																																																												
DPT 1																																																																																																																																																																																																																												
DPT 2																																																																																																																																																																																																																												
DPT 3																																																																																																																																																																																																																												
SRP/TRIPLE VIRAL																																																																																																																																																																																																																												
SARAMPIÓN																																																																																																																																																																																																																												
VITAMINA A																																																																																																																																																																																																																												
DOSIS MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
SEGUNDA MÁS RECIENTE																																																																																																																																																																																																																												
507	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en esta tarjeta, incluyendo vacunas recibidas en jornadas nacionales de vacunación? ANOTE 'SI' SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, HEPATITIS AL NACER, POLIO 0-3, PENTA 1-3, DPT 1-3, Y/O SARAMPIÓN/SRP	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) (PASE A 510) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) (PASE A 510) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510) ←	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS; ANOTE "66" EN LA COL. CORRESPONDIENTE A DÍA EN 506) (PASE A 510) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510) ←																																																																																																																																																																																																																								
508	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de jornadas nacionales de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ←																																																																																																																																																																																																																								
509	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:																																																																																																																																																																																																																											
509A	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																																																								
509B	¿Recibió la vacuna Hepatitis B, que es una inyección que se pone al niño(a) en la pierna cuando nace?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																																																								

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
509C	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509F) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509F) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509F) ←
509D	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra el POLIO, cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2
509E	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra el POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
509F	¿Recibió la vacuna Penta, que es una inyección que se pone en las nalgas o en la pierna, a los dos meses, a los cuatro y a los seis meses de nacido?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509H) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509H) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509H) ←
509G	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
509H	¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone a los niños en vez de la Penta a los dos meses, a los cuatro y a los seis meses de nacido?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509J) ←
509I	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
509J	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el SARAMPIÓN (SRP/Triples viral)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
510	¿Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante los últimos dos años fueron parte de una campaña nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
512	<b>VERIFIQUE 506</b>  <b>APARECE FECHA PARA DOSIS DE VITAMINA A</b>	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA/NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA/NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA/NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓
513	Según la tarjeta, (NOMBRE) recibió una dosis de Vitamina A (como ésta/alguna de éstas) en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE DE LA TARJETA)  ¿Ha recibido (NOMBRE) otra dosis de VITAMINA A desde esa fecha?	SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←
514	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vez una dosis de VITAMINA A (como ésta/alguna de éstas)?  MOSTRAR CÁPSULAS/JARABES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←
515	¿En estos últimos 6 meses recibió (NOMBRE) una dosis de Vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
516	¿En los últimos 7 días, (NOMBRE) tomó pastillas de hierro, granitos de hierro, jarabe de hierro como los que le muestro? MUESTRE PASTILLAS, JARABES MAS COMUNES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
517	¿Ha tomado (NOMBRE) algún medicamento para los parásitos intestinales en los últimos seis meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
518	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 533) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 533) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 533) ←
519	¿Había sangre en las evacuaciones de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
520	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS LÍQUIDOS ..... 4 NADA LÍQUIDO ..... 5 NO SABE ..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS LÍQUIDOS ..... 4 NADA LÍQUIDO ..... 5 NO SABE ..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS LÍQUIDOS ..... 4 NADA LÍQUIDO ..... 5 NO SABE ..... 8
521	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dió más o le dió menos?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS CANTIDAD ..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA ..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA ..... 6 NO SABE ..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS CANTIDAD ..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA ..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA ..... 6 NO SABE ..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 UN POCO MENOS ..... 2 LA MISMA CANTIDAD ..... 3 MÁS CANTIDAD ..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA ..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA ..... 6 NO SABE ..... 8
522	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea de (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 527) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 527) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 527) ←
523	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  SONDEE: ¿En algún otro lugar?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  <input type="text"/> NOMBRE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS ..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS ..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N. CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO ..... C CLÍNICA RURAL ..... D BOTICA POPULAR ..... E PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... G OTRO ..... H (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO ..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD ..... J FARMACIA ..... K PROMOTOR(A) ONG's ..... L OTRO ..... M (ESPECIFIQUE)  <b>OTRA FUENTE</b> CURANDERO/BRUJO ..... N EN LA CASA ..... O OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS ..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS ..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N. CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO ..... C CLÍNICA RURAL ..... D BOTICA POPULAR ..... E PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... G OTRO ..... H (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO ..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD ..... J FARMACIA ..... K PROMOTOR(A) ONG's ..... L OTRO ..... M (ESPECIFIQUE)  <b>OTRA FUENTE</b> CURANDERO/BRUJO ..... N EN LA CASA ..... O OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS ..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS ..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N. CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO ..... C CLÍNICA RURAL ..... D BOTICA POPULAR ..... E PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... G OTRO ..... H (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO ..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD ..... J FARMACIA ..... K PROMOTOR(A) ONG's ..... L OTRO ..... M (ESPECIFIQUE)  <b>OTRA FUENTE</b> CURANDERO/BRUJO ..... N EN LA CASA ..... O OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)
524	VERIFIQUE EN 523 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 526)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 526)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 526)
525	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez?  USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 523	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
526	¿Cuántos días después de que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento?  SI MISMO DÍA, ANOTE '00'	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
527	¿(NOMBRE) todavía tiene diarrea?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8
528	Le dió a (NOMBRE):  A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre?  B ¿Pedialite?  C ¿Suero casero?	SI NO NS SRO ..... 1 2 8 PEDIALITE ..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8	SI NO NS SRO ..... 1 2 8 PEDIALITE ..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8	SI NO NS SRO ..... 1 2 8 PEDIALITE ..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8
529	¿Le dió algo más para tratar la diarrea a (NOMBRE) distinto a los sueros?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 533) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 533) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 533) ←
530	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea?  SONDEE: ¿Algo más?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	<b>PASTILLA O JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PASTILLA/JARABE ..... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN ..... H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS ..... J	<b>PASTILLA O JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PASTILLA/JARABE ..... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN ..... H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS ..... J	<b>PASTILLA O JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PASTILLA/JARABE ..... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN ..... H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS ..... J

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
		OTRO: <input type="text"/> X (ESPECIFIQUE)	OTRO: <input type="text"/> X (ESPECIFIQUE)	OTRO: <input type="text"/> X (ESPECIFIQUE)

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE
531	VERIFIQUE EN 530 SI EL NIÑO RECIBIÓ ZINC (CÓDIGO 'C' CIRCULADO)	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/>
		(PASE A 533)		(PASE A 533)		(PASE A 533)	
532	¿Cuántas veces le dio Zinc a (NOMBRE)?	VECES		VECES		VECES	
		NO SABE		NO SABE		NO SABE	
533	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
534	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
535	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
536	La causa de la respiración rápida o agitada de (NOMBRE), ¿fue debido a algún problema en el pecho o porque (NOMBRE) tenía la nariz bloqueada o mucosa?	SÓLO PROBLEMA CON PECHO..... 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ..... 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ..... 3 OTRO..... 6 NO SABE..... 8		SÓLO PROBLEMA CON PECHO..... 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ..... 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ..... 3 OTRO..... 6 NO SABE..... 8		SÓLO PROBLEMA CON PECHO..... 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ..... 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ..... 3 OTRO..... 6 NO SABE..... 8	
537	VERIFIQUE EN 533 SI EL NIÑO(A) TUVO FIEBRE	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/>	NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/>	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/>	NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/>	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/>	NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/>
		(PASE A 549A)		(PASE A 549A)		(PASE A 549A)	
538	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la enfermedad con (fiebre/tos).  ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la (fiebre/tos), más líquidos o menos líquidos?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO..... 5 NO SABE..... 8	
539	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo (fiebre/tos) ¿Le dio la misma cantidad de comida que de costumbre, le dio más o le dio menos?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos comida de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA..... 6 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA..... 6 NO SABE..... 8		MUCHO MENOS..... 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA..... 5 NUNCA LE DIO COMIDA..... 6 NO SABE..... 8	
540	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos)?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
541	¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos)?  SONDEE: ¿En algún otro lugar?  ANOTE TODOS LOS LUGARES/ PERSONAS MENCIONADAS  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N..... C CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... D CLÍNICA RURAL..... E BOTICA POPULAR..... F PROMOTOR(A) DE SESPAS..... G OTRO..... H (ESPECIFIQUE)  SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... J FARMACIA..... K PROMOTOR(A) ONG'S..... L OTRO..... M (ESPECIFIQUE)  OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO..... N EN LA CASA..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE)		SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N..... C CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... D CLÍNICA RURAL..... E BOTICA POPULAR..... F PROMOTOR(A) DE SESPAS..... G OTRO..... H (ESPECIFIQUE)  SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... J FARMACIA..... K PROMOTOR(A) ONG'S..... L OTRO..... M (ESPECIFIQUE)  OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO..... N EN LA CASA..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE)		SECTOR PÚBLICO HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N..... C CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... D CLÍNICA RURAL..... E BOTICA POPULAR..... F PROMOTOR(A) DE SESPAS..... G OTRO..... H (ESPECIFIQUE)  SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA/CONSULTORIO/ MÉDICO PRIVADO..... I DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... J FARMACIA..... K PROMOTOR(A) ONG'S..... L OTRO..... M (ESPECIFIQUE)  OTRA FUENTE CURANDERO/BRUJO..... N EN LA CASA..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
542	VERIFIQUE EN 541 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/>	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/>	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/>
		(PASE A 544)		(PASE A 544)		(PASE A 544)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
543	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 541	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>
544	¿Cuántos días después de que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento?	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
545	¿(NOMBRE) todavía está enfermo(a) con (fiebre/tos)?  SI 'SI' PREGUNTE: ¿Sólo fiebre o sólo tos?	SÓLO FIEBRE..... 1 SÓLO TOS..... 2 TANTO FIEBRE COMO TOS... 3 NO, NI FIEBRE NI TOS..... 4 NO SABE..... 8	SÓLO FIEBRE..... 1 SÓLO TOS..... 2 TANTO FIEBRE COMO TOS... 3 NO, NI FIEBRE NI TOS..... 4 NO SABE..... 8	SÓLO FIEBRE..... 1 SÓLO TOS..... 2 TANTO FIEBRE COMO TOS... 3 NO, NI FIEBRE NI TOS..... 4 NO SABE..... 8
546	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 549A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 549A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 549A) ←
547	¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Algún otro medicamento?  ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F (ESPECIFIQUE) <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G INYECCIONES ..... H <b>OTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA ..... I ACETAMINOFEN ..... J IBUPROFEN ..... K <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F (ESPECIFIQUE) <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G INYECCIONES ..... H <b>OTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA ..... I ACETAMINOFEN ..... J IBUPROFEN ..... K <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F (ESPECIFIQUE) <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G INYECCIONES ..... H <b>OTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA ..... I ACETAMINOFEN ..... J IBUPROFEN ..... K <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z
548	VERIFIQUE EN 547 SI ALGUNO DE LOS CÓDIGOS DE LA "A" A LA "G" FUE CIRCULADO	ALGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> NINGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 549A)	ALGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> NINGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 549A)	ALGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> NINGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 549A)
549	¿Ya usted tenía (NOMBRE DEL MEDICAMENTO EN PREGUNTA 547) en casa cuando (NOMBRE) se enfermó?  HAGA LA PREGUNTA PARA CADA MEDICAMENTO CIRCULADO EN LA PREGUNTA 547  SI LA RESPUESTA ES "SI", CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G NINGUNO EN CASA ..... Y	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G NINGUNO EN CASA ..... Y	<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E OTRA ..... F <b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... G NINGUNO EN CASA ..... Y
549A	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces ha estado (NOMBRE) enfermo/a con tos y catarro?	NUNCA..... 00 NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUNCA..... 00 NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUNCA..... 00 NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
549B	¿Alguna vez, a (NOMBRE) le han detectado tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
572		REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 573	REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 573	REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 573

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																												
573	<b>VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN EL 2002 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/> → 576 DEL MÁS PEQUEÑO																																																																																																																																														
574	¿La última vez que (NOMBRE) hizo pupú, usted qué hizo con las materias fecales (cacá)?	EL NIÑO(A) USÓ EL SANITARIO O LETRINA..... 01 LA TIRÓ EN EL SANITARIO O LETRINA ..... 02 LA TIRÓ EN UNA ZANJA O DESAGÜE..... 03 LA ARROJÓ A LA BASURA ..... 04 LA ENTERRO ..... 05 LA DEJÓ AL AIRE LIBRE ..... 06 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)																																																																																																																																													
575	<b>VERIFIQUE 528A Y 528B, TODOS LOS NIÑO(A)S:</b> NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SUERO <input type="text"/> DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) U OTROS SUEROS O NO SE HIZO PREGUNTA ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SUERO <input type="text"/> DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) U OTROS SUEROS → 577																																																																																																																																														
576	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral o Suero de Sobre o de Pedialite que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																													
577	<b>VERIFIQUE 215 Y 218:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 2004 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA <input type="text"/> → UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO Y CONTINÚE CON 578 NINGUNO <input type="text"/> → 601																																																																																																																																														
578	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) tomó en el día de ayer durante el día o durante la noche. A ¿Agua sola (sin mezclar con nada)? B ¿Leche de fórmula para bebé? C ¿Alimentos fortificados como Cerelac? D ¿Alguna (otra) avena o natilla?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA SOLA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LECHE EN POLVO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALIMENTOS FORTIFICADOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AVENA O NATILLA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	AGUA SOLA .....	1	2	8	LECHE EN POLVO .....	1	2	8	ALIMENTOS FORTIFICADOS .....	1	2	8	AVENA O NATILLA .....	1	2	8																																																																																																																									
	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																												
AGUA SOLA .....	1	2	8																																																																																																																																												
LECHE EN POLVO .....	1	2	8																																																																																																																																												
ALIMENTOS FORTIFICADOS .....	1	2	8																																																																																																																																												
AVENA O NATILLA .....	1	2	8																																																																																																																																												
579	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE) o usted han recibido en el día de ayer durante el día o durante la noche, bien por separado o con otros alimentos.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:</th> <th colspan="3">MADRE Usted tomó/comió:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B ¿Café o té?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>C ¿Otros líquidos como agua de azúcar, refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>D ¿Pan, maíz, arroz, trigo, avena u otras comidas hecha de cereales?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>E ¿Auyama, batata, zanahorias u otros vegetales con interior de color amarillo o naranja?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>F ¿Papa, ñame, yautía, plátano, casabe o alguna otra comida hecha de víveres?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>G ¿Brócoli, espinacas, berro u otro vegetal verde?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>H ¿Mangos maduros, lechoza madura, zapote?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>I ¿Otras frutas o vegetales (e.j. guineos, naranjas, mazanas, aguacate, tomates)?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>J ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>K ¿Pollo o carne de res, cerdo, cordero, o cabra?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>L ¿Huevos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>M ¿Pescado, bacalao, arenque, o mariscos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>N ¿Frijoles, soya, guandules, lentejas, maní u otras comidas hecha de granos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>O ¿Queso, yogur u otro producto de leche?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>P ¿Algún alimento preparado con aceite, grasa o mantequilla?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Q ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>R ¿Alguna otra comida?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:			MADRE Usted tomó/comió:				SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE	A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?	1	2	8	1	2	8	B ¿Café o té?	1	2	8	1	2	8	C ¿Otros líquidos como agua de azúcar, refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?	1	2	8	1	2	8	D ¿Pan, maíz, arroz, trigo, avena u otras comidas hecha de cereales?	1	2	8	1	2	8	E ¿Auyama, batata, zanahorias u otros vegetales con interior de color amarillo o naranja?	1	2	8	1	2	8	F ¿Papa, ñame, yautía, plátano, casabe o alguna otra comida hecha de víveres?	1	2	8	1	2	8	G ¿Brócoli, espinacas, berro u otro vegetal verde?	1	2	8	1	2	8	H ¿Mangos maduros, lechoza madura, zapote?	1	2	8	1	2	8	I ¿Otras frutas o vegetales (e.j. guineos, naranjas, mazanas, aguacate, tomates)?	1	2	8	1	2	8	J ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?	1	2	8	1	2	8	K ¿Pollo o carne de res, cerdo, cordero, o cabra?	1	2	8	1	2	8	L ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8	M ¿Pescado, bacalao, arenque, o mariscos?	1	2	8	1	2	8	N ¿Frijoles, soya, guandules, lentejas, maní u otras comidas hecha de granos?	1	2	8	1	2	8	O ¿Queso, yogur u otro producto de leche?	1	2	8	1	2	8	P ¿Algún alimento preparado con aceite, grasa o mantequilla?	1	2	8	1	2	8	Q ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?	1	2	8	1	2	8	R ¿Alguna otra comida?	1	2	8	1	2	8	
	NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:			MADRE Usted tomó/comió:																																																																																																																																											
	SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																									
A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
B ¿Café o té?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
C ¿Otros líquidos como agua de azúcar, refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
D ¿Pan, maíz, arroz, trigo, avena u otras comidas hecha de cereales?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
E ¿Auyama, batata, zanahorias u otros vegetales con interior de color amarillo o naranja?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
F ¿Papa, ñame, yautía, plátano, casabe o alguna otra comida hecha de víveres?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
G ¿Brócoli, espinacas, berro u otro vegetal verde?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
H ¿Mangos maduros, lechoza madura, zapote?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
I ¿Otras frutas o vegetales (e.j. guineos, naranjas, mazanas, aguacate, tomates)?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
J ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
K ¿Pollo o carne de res, cerdo, cordero, o cabra?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
L ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
M ¿Pescado, bacalao, arenque, o mariscos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
N ¿Frijoles, soya, guandules, lentejas, maní u otras comidas hecha de granos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
O ¿Queso, yogur u otro producto de leche?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
P ¿Algún alimento preparado con aceite, grasa o mantequilla?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
Q ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
R ¿Alguna otra comida?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																									
580	<b>VERIFIQUE 578C Y 578D; Y 579D HASTA 579R PARA EL NIÑO(A):</b> POR LO MENOS UN "SI" <input type="text"/> NI UN SOLO "SI" <input type="text"/> → 601																																																																																																																																														
581	Cuántas veces (NOMBRE DE 577) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos ayer durante el día o durante la noche? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/> NO SABE ..... 8																																																																																																																																													

PREG.	SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL		PASE A PREG.
601	¿Actualmente, está usted casado: o vive en unión con un hombre	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	604 604
602	¿Ha estado usted casada alguna vez o ha convivido co un hombre como si estuvieran casados	SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, VIVÍO EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	617
603	¿Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciad:	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	609
604	¿Su esposo/marido vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
605	ANOTE EL NOMBRE (NO LE PIDA EL APELLIDO) Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/MARIDO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00". <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NOMBRE: _____</div> <div>No. ORDEN..... <input type="text"/></div> </div>		
609	¿Ha estado usted casada o unida con un hombr sólo una vez o más de una vez	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
615	VERIFIQUE 609:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>              ↓              ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo/marido?           </div> <div>             CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>              ↓              En qué mes y año empezó : vivir con su primer esposo marido?           </div> </div>	MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98  AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	617
616	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él	EDAD..... <input type="text"/>	
617	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
618	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre si actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensió de algunos temas de la vida familiar:  ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	NUNCA HA TENIDO ..... 00  EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ ..... 95	621 621
619	VERIFIQUE EN 107 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></div> <div>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></div> </div>		641
620	¿Planea usted esperar hasta casarse para tener relaciones sexuales por primera vez?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA ..... 8	641
621	VERIFIQUE EN 107 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></div> <div>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></div> </div>		626
622	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	
622A	¿Cuál era su relación con esa persona con quien tuv la primera relación sexual?	ESPOSO O PAREJA ..... 01 NOVIO ..... 02 PADRE ..... 03 PADRASTRO ..... 04 OTRO FAMILIAR ..... 05 PARIENTE POLÍTICO ..... 06 AMIGO/CONOCIDO ..... 07 AMIGO DE FAMILIA ..... 08 CONOCIDO CASUAL ..... 09 MAESTRO ..... 10 JEFE/ALGUIEN DEL TRABAJO ..... 11 EXTRAÑO ..... 12  OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
623	¿Cuántos años tenía la persona con quien usted tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/> NO SABE ..... 98	626
624	¿Esa persona era mayor que usted, más joven que usted, tenía más o menos la misma edad que usted?	MAYOR ..... 1 MÁS JÓVEN ..... 2 MÁS O MENOS LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RECUERDA ..... 8	626



625	¿Usted diría que esa persona era 10 ó más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	DIEZ O MÁS AÑOS MAYOR ..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS ..... 8	
626	¿Hace cuánto tiempo tuvo usted su última relación sexua  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. PERO SI LA RESPUESTA <b>EQUIVALE A 12 MESES O MÁS, REGISTRE EN AÑOS.</b> SI EL DIA ANTERIOR REGISTRE '01' EN DÍAS SI EL MISMO DIA ANOTE '00' EN DÍAS	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	640

627A	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que nadie tendrá acceso a ellas. Si hay alguna pregunta que usted no quiera contestar, por favor me lo dice y pasaremos a la próxima pregunta. <b>PASE A 628</b>			
		<b>ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>
627B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (penúltima/antepenúltima) persona?		DÍAS ..... 1 <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/>
628	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (última/penúltima/antepenúltima) persona ¿usaron condón?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 630) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 630) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 630) ←
629	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2
630	¿Cuál es su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales?  SI ES EL "NOVIO/ENAMORADO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/enamorado viviendo con usted cuando tuvo relaciones sexuales?  SI "SI", MARQUE "02" SI "NO", MARQUE "03"	ESPOSO ..... 01 MARIDO ..... 02 (PASE A 636) ←  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL ..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO ..... 01 MARIDO ..... 02 (PASE A 636) ←  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL ..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO ..... 01 MARIDO ..... 02 (PASE A 636) ←  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL ..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)
631	¿Durante cuánto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI SOLAMENTE UNA VEZ, REGISTRE '01' DÍAS	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/>
632	<b>VERIFIQUE EN 107 SI LA ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS</b>	MUJER 15-24 <input type="text"/> MUJER 25-49 <input type="text"/> (PASE A 636) ←	MUJER 15-24 <input type="text"/> MUJER 25-49 <input type="text"/> (PASE A 636) ←	MUJER 15-24 <input type="text"/> MUJER 25-49 <input type="text"/> (PASE A 636) ←
633	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> (PASE A 636) ← NO SABE ..... 98	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> (PASE A 636) ← NO SABE ..... 98	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> (PASE A 636) ← NO SABE ..... 98
634	¿Esta persona es mayor que usted, más joven que usted, o tiene más o menos la misma edad que usted?	MAYOR ..... 1 MÁS JÓVEN ..... 2 LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8 (PASE A 636) ←	MAYOR ..... 1 MÁS JÓVEN ..... 2 LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8 (PASE A 636) ←	MAYOR ..... 1 MÁS JÓVEN ..... 2 LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8 (PASE A 636) ←
635	¿Usted diría que esa persona es 10 años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	DIEZ O MÁS AÑOS MAYOR ..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3	DIEZ O MÁS AÑOS MAYOR ..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3	DIEZ O MÁS AÑOS MAYOR ..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR ..... 2 MAYOR, INSEGURA CUANTOS AÑOS ..... 3
636	La última vez que tuvo relaciones sexuales (con esta otra persona), ¿los dos o alguno de los dos bebió alcohol?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 637A) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 637A) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 637A) ←
637	¿Alguno de los dos se emborrachó esa vez?  SI 'SI': ¿Quién se emborrachó?	SOLAMENTE ELLA ..... 1 SOLAMENTE COMPAÑERO ..... 2 LOS DOS ..... 3 NINGUNO DE LOS DOS ..... 4	SOLAMENTE ELLA ..... 1 SOLAMENTE COMPAÑERO ..... 2 LOS DOS ..... 3 NINGUNO DE LOS DOS ..... 4	SOLAMENTE ELLA ..... 1 SOLAMENTE COMPAÑERO ..... 2 LOS DOS ..... 3 NINGUNO DE LOS DOS ..... 4
637A	La última vez que tuvo relaciones sexuales (con esta otra persona), ¿su pareja usó drogas?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8
637B	La última vez que tuvo relaciones sexuales (con esta otra persona), ¿usted usó drogas?	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2
638	Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI ..... 1 (REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA) NO ..... 2 (PASE A 640) ←	SI ..... 1 (REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA) NO ..... 2 (PASE A 640) ←	
639	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN			NÚMERO ..... <input type="text"/> NO SABE ..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
640	<p>En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda la vida?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN SI EL NUMERO DE PAREJAS ES MAYOR DE 95 ESCRIBA 95</p>	<p>NÚMERO DE PAREJAS TODA LA VIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE ..... 98</p>	
640A	En sus prácticas sexuales ¿incluye usted sexo anal?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
640B	¿Ha tenido usted relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
641	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	→ 701
642	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SONDEE: ¿En algún otro lugar?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A</p> <p>HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... C</p> <p>CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... D</p> <p>CLÍNICA RURAL ..... E</p> <p>PROMOTOR(A) DE SESPAS..... F</p> <p>OTRO PUBLICO _____ G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b></p> <p>CLÍNICA/ CONSULTORIO/ MÉDICO</p> <p>PRIVADO..... H</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... I</p> <p>FARMACIA ..... J</p> <p>PROMOTORA DE ONG's ..... K</p> <p>OTRO PRIVADO/ONG _____ L</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OTRAS FUENTES</b></p> <p>COLMADO/SUPERMERCADO..... M</p> <p>HOTEL/MOTEL..... N</p> <p>BARBERÍA, SALÓN DE BELLEZA..... O</p> <p>AMIGOS/PARIENTES..... P</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
643	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/INSEGURA ..... 8</p>	

# SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		713
702	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2 U 8 226=1	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO ..... 2 → 704 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 713 INDECISA/NO SABE/INSEGURA..... 4 → 708 PARA NO EMBARAZADAS..... INDECISA/NO SABE/INSEGURA..... PARA EMBARAZADAS..... 5 → 709
703	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? ¿Después del nacimiento que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 → 708 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 713 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: (ESPECIFIQUE)..... 996 → 708 NO SABE..... 998
704	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		709
705	VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		713
706	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 703. QUIERE ESPERAR: NO SE HIZO PREGUNTA 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> MENOS DE 24 MESES; 00-01 AÑOS <input type="checkbox"/>		709
707	VERIFIQUE 702: QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/> NO QUIERE MÁS HIJOS <input type="checkbox"/>	702=1 702=2	NO EN UNIÓN ..... A <b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b> NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPÁUSICA/ HISTERECTOMIZADA..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I <b>OPOSICIÓN A USAR:</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M <b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b> NO CONOCE MÉTODOS..... N NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... O <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b> RAZONES DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q USO INCONVENIENTE..... R INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S <b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b> FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... T MUY COSTOSO..... U OTRA: (ESPECIFIQUE)..... X NO SABE..... Z
708	VERIFIQUE EN 310 SI ESTÁ USANDO UN MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		713

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
709	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 711 NO SABE..... 8 → 713	
710	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 713 CONDÓN FEMENINO..... 08 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 RETIRO..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA..... 98	
711	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	<b>NO EN UNIÓN..... 11</b>  <b>RAZONES DE FECUNDIDAD</b> NO TIENE SEXO/ O POCO FREC..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26  <b>OPOSICIÓN A USAR:</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42  <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b> RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54  <b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b> FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
711A	VERIFIQUE 711 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>711=11 <input type="checkbox"/></div> <div>OTRAS <input type="checkbox"/> → 713</div> </div>		
712	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
713	VERIFIQUE 216: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>              Si usted 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?           </div> <div style="width: 45%;">             NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>              Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?           </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA</b></p>	NINGUNO..... 00 → 717 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA..... 96 → 717 _____ (ESPECIFIQUE)	
714	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas hembras, y para cuántos no le importaría el sexo?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>VARONES</div> <div>MUJERES</div> <div>CUALQUIERA</div> </div> NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
717	VERIFIQUE 601: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 601=1 SI, EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 601=2 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 601=3		801
718	VERIFIQUE 311/311A: SI USA ACTUALMENTE NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGOS 'B', 'G' Ó 'J' <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/>		722 720
719	¿Su esposo/marido sabe que usted está usando un método de planificación familiar?	SI, EL SABE..... 1 NO, EL NO SABE..... 2 ELLA NO SABE SI EL SABE..... 8	721 721
720	¿Usted diría que el uso de anticoncepción fue su decisión, la de su esposo (marido) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/MARIDO ..... 2 DECISIÓN CONJUNTA ..... 3 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
721	VERIFIQUE 311/311A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		801
722	¿Usted piensa que su esposo (marido) desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO ..... 1 MÁS HIJOS ..... 2 MENOS HIJOS ..... 3 NO SABE ..... 8	

# SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	<p>VERIFIQUE 601, 602:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> 601=1,2</p> <p>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> 602=1,2</p> <p>NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 602=3</p>	<p>803</p> <p>807</p>	
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/marido	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>	
803	¿Su (último) esposo/marido alguna vez asistió a la escuela?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	806
804	¿Cuál es el nivel educativo más alto al que asistió su esposo/marido: primaria, secundaria o universitaria	<p>PREESCOLAR..... 1</p> <p>PRIMARIA..... 2</p> <p>SECUNDARIA..... 3</p> <p>UNIVERSITARIA..... 4</p> <p>NO SABE..... 8</p>	806
805	¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en ese nivel	<p>GRADO..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	
806	<p>VERIFIQUE 801:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la ocupación de su esposo/marido? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace (hacia) él principalmente?</p> <p>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/marido? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
807	Además de los trabajos del hogar, ¿usted ha tenido algún otro trabajo en los últimos 7 días?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	811
808	<p>Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajo por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia.</p> <p>¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos en los últimos 7 días?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	811
809	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿Tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	811
810	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	818
811	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
812	<p>VERIFIQUE 811</p> <p>TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>	814	
813	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona	<p>TIERRA PROPIA..... 1</p> <p>TIERRA DE LA FAMILIA..... 2</p> <p>TIERRA ARRENDADA..... 3</p> <p>TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4</p>	
814	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	<p>PARA UN FAMILIAR..... 1</p> <p>OTRA PERSONA..... 2</p> <p>CUENTA PROPIA..... 3</p>	
815	¿Usted usualmente trabaja(ba) en el hogar o fuera del hogar?	<p>EN EL HOGAR..... 1</p> <p>FUERA DEL HOGAR..... 2</p>	
816	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año por épocas o de vez en cuando?	<p>TODO EL AÑO..... 1</p> <p>POR ÉPOCAS..... 2</p> <p>DE VEZ EN CUANDO..... 3</p>	
817	<p>¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?</p> <p>INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo?</p>	<p>SÓLO DINERO..... 1</p> <p>DINERO Y ESPECIE..... 2</p> <p>SÓLO EN ESPECIE..... 3</p> <p>NO LE PAGAN..... 4</p>	
818	<p>VERIFIQUE 601:</p> <p>ACTUALMENTE EN UNIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></p>	827	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
819	<b>VERIFIQUE 817:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>		822																														
820	Cuando usted trabaja, ¿quién decide cómo se gasta el dinero que usted gana: principalmente usted, principalmente su esposo/marido, o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y EL ESPOSO (MARIDO)..... 3  OTRA PERSONA ..... 6 (ESPECIFIQUE)																															
821	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su esposo/marido, menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MÁS DE LO QUE ÉL GANA ..... 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA ..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO ..... 3 ESPOSO/MARIDO NO CONTRIBUYE ..... 4 NO SABE ..... 8	823																														
822	¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su esposo/marido gana: principalmente usted, principalmente su esposo/marido, o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/MARIDO DECIDE ..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU ESPOSO/MARIDO ..... 3 ESPOSO/MARIDO NO CONTRIBUYE ..... 4  OTRA PERSONA ..... 6 (ESPECIFIQUE)																															
823	Para cada una de las siguientes <b>actividades</b> , me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su esposo/marido, ambos, o alguien más.  A ¿El cuidado de su salud? B ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televiso C ¿En las compras diarias de la casa? D ¿Visitas a amigas tuyas o a su familia?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">ESPOSO/ MARIDO</th> <th>OTRA PER- SONA</th> <th>OTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ESPOSO/ MARIDO			OTRA PER- SONA	OTRO	A	1	2	3	4	6	B	1	2	3	4	6	C	1	2	3	4	6	D	1	2	3	4	6	
	ESPOSO/ MARIDO			OTRA PER- SONA	OTRO																												
A	1	2	3	4	6																												
B	1	2	3	4	6																												
C	1	2	3	4	6																												
D	1	2	3	4	6																												
827	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO. DETERMINE SI ESTÁN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O NO HAY NADIE PRESENTE	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRESENTES, NO ESCUCHAN</th> <th>PRESENTES, ESCUCHAN</th> <th>NO PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS VARONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRESENTES, ESCUCHAN	NO PRES.	NIÑOS .....	1	2	8	ESPOSO .....	1	2	8	OTROS VARONES .....	1	2	8	OTRAS MUJERES .....	1	2	8											
	PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRESENTES, ESCUCHAN	NO PRES.																														
NIÑOS .....	1	2	8																														
ESPOSO .....	1	2	8																														
OTROS VARONES .....	1	2	8																														
OTRAS MUJERES .....	1	2	8																														
828	Algunas veces, al hombre le molesta o le disgusta las cosas que su esposa/mujer hace.  En su opinión, está usted de acuerdo o en desacuerdo con que un esposo/marido le pegue a su esposa/mujer en las siguientes situaciones  A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? B ¿Si ella descuida/desatiende los niños? C ¿Si ella discute con él? D ¿Si ella no quiere/rehúsa tener relaciones sexuales con él? E ¿Si se le queman los alimentos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACUERDO</th> <th>DESA- CUERDO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI SALE FUERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA NIÑOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DISCUTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO SEXO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>QUEMAN ALIMENTOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACUERDO	DESA- CUERDO	NS	SI SALE FUERA.....	1	2	8	DESCUIDA NIÑOS .....	1	2	8	DISCUTE .....	1	2	8	NO SEXO .....	1	2	8	QUEMAN ALIMENTOS .....	1	2	8							
	ACUERDO	DESA- CUERDO	NS																														
SI SALE FUERA.....	1	2	8																														
DESCUIDA NIÑOS .....	1	2	8																														
DISCUTE .....	1	2	8																														
NO SEXO .....	1	2	8																														
QUEMAN ALIMENTOS .....	1	2	8																														
829	<b>VERIFIQUE 202, 204: TIENE HIJOS VIVOS</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNO O MÁS HIJOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NO TIENE HIJOS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>		831																														
830	¿Quién en su casa tiene (o tenía) la última palabra en:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">ESPOSO/ MARIDO</th> <th>OTRA PER- SONA</th> <th>OTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A la educación de los hijos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>B qué hacer cuando un niño se enferma</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>C cómo disciplinar a los niños?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>D sí tener otro hijo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ESPOSO/ MARIDO			OTRA PER- SONA	OTRO	A la educación de los hijos?	1	2	3	4	6	B qué hacer cuando un niño se enferma	1	2	3	4	6	C cómo disciplinar a los niños?	1	2	3	4	6	D sí tener otro hijo?	1	2	3	4	6	
	ESPOSO/ MARIDO			OTRA PER- SONA	OTRO																												
A la educación de los hijos?	1	2	3	4	6																												
B qué hacer cuando un niño se enferma	1	2	3	4	6																												
C cómo disciplinar a los niños?	1	2	3	4	6																												
D sí tener otro hijo?	1	2	3	4	6																												



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																
831	Ahora me gustaría tener su opinión acerca de algunos aspectos de la vida familiar  Por favor, dígame si usted está de acuerdo o en desacuerdo	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DE ACUERDO</th><th>DESACUERDO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres de la familia.</td><td>POR EL HOMBRE ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>B Si la mujer trabaja fuera del hogar, el esposo/marido debe ayudar en los quehaceres del hogar.</td><td>MARIDO DEBE AYUDAR ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>C No se debe permitir que una mujer casada trabaje fuera de la casa, aunque ella quiera.</td><td>NO SE DEBE PERMITIR..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>D La esposa tiene el derecho a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que el esposo/marido dice.</td><td>DERECHO OPINIÓN ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>E Una esposa debe aguantar que su esposo (marido) le pegue con el objetivo de mantener la familia unida.</td><td>DEBE AGUANTAR..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>F Es mejor que un hijo alcance un mayor nivel educativo que una hija</td><td>MAYOR EDUCACIÓN HIJO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	DESACUERDO	NS	A Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres de la familia.	POR EL HOMBRE ..... 1	2	8	B Si la mujer trabaja fuera del hogar, el esposo/marido debe ayudar en los quehaceres del hogar.	MARIDO DEBE AYUDAR ..... 1	2	8	C No se debe permitir que una mujer casada trabaje fuera de la casa, aunque ella quiera.	NO SE DEBE PERMITIR..... 1	2	8	D La esposa tiene el derecho a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que el esposo/marido dice.	DERECHO OPINIÓN ..... 1	2	8	E Una esposa debe aguantar que su esposo (marido) le pegue con el objetivo de mantener la familia unida.	DEBE AGUANTAR..... 1	2	8	F Es mejor que un hijo alcance un mayor nivel educativo que una hija	MAYOR EDUCACIÓN HIJO..... 1	2	8																					
	DE ACUERDO	DESACUERDO	NS																																																
A Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres de la familia.	POR EL HOMBRE ..... 1	2	8																																																
B Si la mujer trabaja fuera del hogar, el esposo/marido debe ayudar en los quehaceres del hogar.	MARIDO DEBE AYUDAR ..... 1	2	8																																																
C No se debe permitir que una mujer casada trabaje fuera de la casa, aunque ella quiera.	NO SE DEBE PERMITIR..... 1	2	8																																																
D La esposa tiene el derecho a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que el esposo/marido dice.	DERECHO OPINIÓN ..... 1	2	8																																																
E Una esposa debe aguantar que su esposo (marido) le pegue con el objetivo de mantener la familia unida.	DEBE AGUANTAR..... 1	2	8																																																
F Es mejor que un hijo alcance un mayor nivel educativo que una hija	MAYOR EDUCACIÓN HIJO..... 1	2	8																																																
832	Ahora le voy hacer una serie de preguntas por favor responda sí o no	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NO SABE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Se siente usted libre de hacer lo que quiera</td><td>LIBRE DE HACER ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>B ¿Considera usted que tiene igual derecho que los hombres</td><td>IGUAL DERECHO ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>C ¿Se siente usted sometida u oprimida en su hogar</td><td>SOMETIDA/OPRIMIDA ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>D ¿Cree usted que se le respeta y se toma en cuenta su opinión</td><td>RESPETA SU OPINIÓN..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>E ¿Sería importante para usted la posibilidad de tener un puesto de responsabilidad en el trabajo</td><td>RESPONSAB. EN TRABAJO ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>F ¿Se siente usted esclava en la casa</td><td>ESCLAVA ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>G ¿Tiene usted tiempo de compartir con sus amigas y salir juntas?</td><td>COMPARTIR CON AMIGAS ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>H ¿Está usted interesada en cuestiones políticas</td><td>INTERESADA EN POLÍTICA ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>I ¿Es importante para usted trabajar fuera de la casa</td><td>TRABAJO FUERA ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td colspan="4"><b>SI ES SOLTERA SIN HIJOS NO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA</b></td></tr> <tr> <td>J ¿Dedica usted mucho tiempo al marido y/o los hijos</td><td>TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS ..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	A ¿Se siente usted libre de hacer lo que quiera	LIBRE DE HACER ..... 1	2	8	B ¿Considera usted que tiene igual derecho que los hombres	IGUAL DERECHO ..... 1	2	8	C ¿Se siente usted sometida u oprimida en su hogar	SOMETIDA/OPRIMIDA ..... 1	2	8	D ¿Cree usted que se le respeta y se toma en cuenta su opinión	RESPETA SU OPINIÓN..... 1	2	8	E ¿Sería importante para usted la posibilidad de tener un puesto de responsabilidad en el trabajo	RESPONSAB. EN TRABAJO ..... 1	2	8	F ¿Se siente usted esclava en la casa	ESCLAVA ..... 1	2	8	G ¿Tiene usted tiempo de compartir con sus amigas y salir juntas?	COMPARTIR CON AMIGAS ..... 1	2	8	H ¿Está usted interesada en cuestiones políticas	INTERESADA EN POLÍTICA ..... 1	2	8	I ¿Es importante para usted trabajar fuera de la casa	TRABAJO FUERA ..... 1	2	8	<b>SI ES SOLTERA SIN HIJOS NO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA</b>				J ¿Dedica usted mucho tiempo al marido y/o los hijos	TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS ..... 1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																																																
A ¿Se siente usted libre de hacer lo que quiera	LIBRE DE HACER ..... 1	2	8																																																
B ¿Considera usted que tiene igual derecho que los hombres	IGUAL DERECHO ..... 1	2	8																																																
C ¿Se siente usted sometida u oprimida en su hogar	SOMETIDA/OPRIMIDA ..... 1	2	8																																																
D ¿Cree usted que se le respeta y se toma en cuenta su opinión	RESPETA SU OPINIÓN..... 1	2	8																																																
E ¿Sería importante para usted la posibilidad de tener un puesto de responsabilidad en el trabajo	RESPONSAB. EN TRABAJO ..... 1	2	8																																																
F ¿Se siente usted esclava en la casa	ESCLAVA ..... 1	2	8																																																
G ¿Tiene usted tiempo de compartir con sus amigas y salir juntas?	COMPARTIR CON AMIGAS ..... 1	2	8																																																
H ¿Está usted interesada en cuestiones políticas	INTERESADA EN POLÍTICA ..... 1	2	8																																																
I ¿Es importante para usted trabajar fuera de la casa	TRABAJO FUERA ..... 1	2	8																																																
<b>SI ES SOLTERA SIN HIJOS NO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA</b>																																																			
J ¿Dedica usted mucho tiempo al marido y/o los hijos	TIEMPO MARIDO Y/O HIJOS ..... 1	2	8																																																
833	Aproximadamente ¿Cuántas horas diarias dedica usted a las tareas domésticas?	NÚMERO DE HORAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NINGUNA ..... 00																																																	
834	Durante los últimos 7 días ¿Usted o alguien de su hogar se fue a dormir con hambre porque no había que comer?	SI..... 1 NO..... 2	837																																																
835	Durante los últimos 7 días ¿Cuántas veces se ha ido usted a dormir con hambre?	NINGÚN DÍA (CERO DÍAS)..... 0 DE 1 A 7 ..... <input type="text"/>																																																	
836	Durante los últimos 7 días ¿Quién (más) en su hogar se ha ido a dormir con hambre?  SONDEE: ¿Alguien más?	ESPOSO/MARIDO ..... A HIJO(S) ..... B HIJA(S) ..... C OTRO PARIENTE MASCULINO ..... D OTRO PARIENTE FEMENINO ..... E NADIE MÁS ..... Y																																																	
837	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre asuntos económicos. Le hago estas preguntas sólo para tener un mejor entendimiento de la posición económica de la mujer.																																																		
A	Por favor dígame si usted sola o con alguien más: ¿Tiene tierra? SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	A En caso de emergencia, ¿Podría usted vender la tierra, sin el permiso de la otra persona? SI..... 1 NO..... 2																																																	
B	¿Usted sola o con alguien más es dueña de esta casa (apartamento)? SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	B En caso de emergencia, ¿Podría usted vender esta casa (apartamento), sin el permiso de la otra persona? SI..... 1 NO..... 2																																																	
C	¿Usted sola o con alguien más es dueña de otra casa o apartamento? SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	C En caso de emergencia, ¿Podría usted vender la otra casa o apartamento, sin el permiso de la otra persona? SI..... 1 NO..... 2																																																	
D	¿Usted sola o con alguien más es dueña de algún negocio / empresa? SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	D En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el negocio (empresa), sin el permiso de la otra persona? SI..... 1 NO..... 2																																																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
E	¿Usted sola o con alguien más tiene ganado?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIO..... 2 NO TIENE..... 3	E En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el ganado, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
F	¿Usted sola o con alguien más tiene vehículo?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIO..... 2 NO TIENE..... 3	F En caso de emergencia, ¿Podría usted vender el vehículo, sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
G	¿Usted sola o con alguien más tiene joyas / piedra: preciosas?	SI CON ALGUIEN MÁS..... 1 SI PROPIA..... 2 NO TIENE..... 3	G En caso de emergencia, ¿Podría usted vender las joyas (piedras preciosas), sin el permiso de la otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
841	¿Tiene dinero propio que sólo usted decide cómo gastar		SI..... 1 NO..... 2		
842	¿Tiene usted cuenta bancaria o una cuenta en cualquier ot institución de ahorros bajo su nombre o junto con otra persona		SI, EN SU PROPIO NOMBRE..... 1 SI, JUNTO A OTRA PERSONA..... 2 AMBAS ..... 3 NO ..... 4		844
843	¿Usted misma maneja su cuenta, es decir, firma cheques hace depósitos y retira dinero		SI..... 1 NO..... 2		
844	¿Conoce usted algún programa/institución en este lug: que le haga préstamos a las mujeres para que ellas pued: iniciar o agrandar su propio negocio		SI..... 1 NO..... 2		
845	¿Alguna vez usted tomó o recibió algún préstam: para iniciar o agrandar un negocio		SI..... 1 NO..... 2		
846	¿Es usted miembro de alguna asociación, grupo o clu que hace reuniones regularmente		SI..... 1 NO..... 2		848
847	¿Qué tipo de asociación, grupo o club es ese  ANOTE TODOS LOS GRUPOS QUE Mencione		RELIGIOSO ..... A GRUPO VECINAL ..... B ORGANIZACIÓN DE MUJERES..... C SINDICATO ..... D POLÍTICA ..... E OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)		
848	Cuando hay elecciones locales o nacionales de cualquier tip ¿Usted vota siempre, algunas veces o nunca		SIEMPRE VOTA ..... 1 A VECES VOTA ..... 2 NUNCA VOTA ..... 3 MUY JOVEN PARA VOTAR ..... 4		

# SECCIÓN 9. SIDA E ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
901	Ahora me gustaría preguntarle sobre otras cosas: ¿Ha escuchado alguna vez sobre una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	942
902	¿Pueden las personas evitar contagiarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
903	¿Pueden las personas contraer el virus que causa el SIDA por una picadura de mosquito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
904	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
905	¿Pueden las personas contagiarse del virus que causa el SIDA por compartir comida con una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
906	¿Pueden las personas reducir sus posibilidades de contagiarse del virus que causa el SIDA absteniéndose (dejando) de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
907	¿Pueden las personas contagiarse del virus que causa el SIDA por brujerías o algún otro método sobrenatural?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
908	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
908A	¿Piensa usted que sus posibilidades de contagiarse del virus que causa el SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad?	PEQUEÑAS ..... 1 MODERADAS ..... 2 GRANDES ..... 3 NINGUNA ..... 4 TIENE SIDA ..... 5	
909	¿Puede el virus que causa el SIDA ser transmitido de una madre a su bebé...		
A	durante el embarazo?	SI NO NO SABE DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8	
B	durante el parto?	DURANTE EL PARTO..... 1 2 8	
C	mientras está lactando o amamantando	AMAMANTANDO..... 1 2 8	
910	VERIFIQUE 909: POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		912
911	¿Existe alguna medicina especial que un médico o una enfermera pueda administrar a una mujer embarazada e infectada con el virus que causa el SIDA para reducir el riesgo de transmisión al bebé?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
912	¿Ha escuchado usted sobre los medicamentos anti-retrovirales que las personas contagiadas con el virus que causa el SIDA pueden conseguir para ayudarlos a vivir más?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
913	REVISE LAS P. 208 Y 215 ÚLTIMO PARTO <input type="checkbox"/> DESPUES DE ENERO 2004 ÚLTIMO PARTO <input type="checkbox"/> ANTES DE ENERO 2004	NO PARTOS <input type="checkbox"/>	922
914	REVISE LA P. 407 PARA ÚLTIMO PARTO TUVO CUIDADO PRE-NATAL <input type="checkbox"/>	NO TUVO CUIDADO PRE-NATAL <input type="checkbox"/>	922
914A	OBSERVAR LA PRESENCIA DE OTROS, ANTES DE CONTINUAR, HAGA LO POSIBLE POR MANTENER LA PRIVACIDAD.		
915	Durante algún momento de sus visitas prenatales en su último parto, <b>alguien habló con usted de...</b> Los bebés que contraen el virus que causa el SIDA por la madre Las medidas que puede tomar para prevenir infectarse del virus que causa el SIDA? Hacerse la prueba del virus que causa el SIDA	SI NO NS SIDA POR LA MADRE ..... 1 2 8 MEDIDAS A TOMAR ..... 1 2 8 PRUEBA DE SIDA ..... 1 2 8	
916	Le ofrecieron una prueba para el virus que causa el SIDA como parte de su cuidado pre-natal?	SI ..... 1 NO ..... 2	
917	No deseo conocer los resultados, pero se hizo la prueba del virus que causa el SIDA como parte de cuidado pre-natal	SI ..... 1 NO ..... 2	922
918	¿No quiero saber los resultados, pero le entregaron los resultados de la prueba?	SI ..... 1 NO ..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
919	<p>¿Dónde se realizó la prueba</p> <p>IDENTIFIQUE A FUENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO APROPIADO.</p> <p>SI NO ES CAPAZ DE IDENTIFICAR SI EL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA ESTA DENTRO DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... 11</p> <p>HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... 13</p> <p>LABORATORIO..... 14</p> <p>OTRO PÚBLICO _____ 15</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA.....</p> <p>MÉDICO PRIVADO ..... 21</p> <p>LABORATORIO ..... 22</p> <p>FUNDACIÓN/PATRONATO ..... 23</p> <p>OTRO PRIVADO _____ 24</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR ONG</b></p> <p>CEPROSH ..... 31</p> <p>PROFAMILIA ..... 32</p> <p>ADOPLAFAM ..... 33</p> <p>CLUB ACTIVO 20-30 ..... 34</p> <p>COMPLEJO MICHAELIANC ..... 35</p> <p>BRA ..... 36</p> <p>OTRA ONG _____ 37</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
920	Se ha realizado una prueba del SIDA después de su último embarazo?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 923
921	¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?	<p>HACE MENOS DE 12 MESES..... 1</p> <p>HACE 12 - 23 MESES..... 2</p> <p>HACE 2 O MÁS AÑOS..... 3</p>	→ 929
922	No quiero saber los resultados, pero, ¿Se ha hecho usted alguna vez la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 927
923	¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?	<p>HACE MENOS DE 12 MESES..... 1</p> <p>HACE 12 - 23 MESES..... 2</p> <p>HACE 2 O MÁS AÑOS..... 3</p>	
924	¿La última vez que se hizo la prueba, usted mismo solicitó la prueba, se le ofreció y aceptó, o fue requerida/obligatoria?	<p>SOLICITO LA PRUEBA ..... 1</p> <p>OFERTADA Y ACEPTADA ..... 2</p> <p>REQUERIDA/OBLIGATORIA ..... 3</p>	
925	¿No quiero conocer los resultados, pero le entregare los resultados de la prueba?	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
926	<p>¿Dónde se realizó la prueba</p> <p>IDENTIFIQUE A FUENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO APROPIADO.</p> <p>SI NO ES CAPAZ DE IDENTIFICAR SI EL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA ESTA DENTRO DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... 11</p> <p>HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... 13</p> <p>LABORATORIO..... 14</p> <p>OTRO PÚBLICO _____ 15</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA.....</p> <p>MÉDICO PRIVADO ..... 21</p> <p>LABORATORIO ..... 22</p> <p>FUNDACIÓN/PATRONATO ..... 23</p> <p>OTRO PRIVADO _____ 24</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR ONG</b></p> <p>CEPROSH ..... 31</p> <p>PROFAMILIA ..... 32</p> <p>ADOPLAFAM ..... 33</p> <p>CLUB ACTIVO 20-30 ..... 34</p> <p>COMPLEJO MICHAELIANC ..... 35</p> <p>BRA ..... 36</p> <p>OTRA ONG _____ 37</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	→ 929

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
927	¿Conoce usted un lugar donde puede ir a hacerse la prueba del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	929
928	¿Dónde es ese lugar?  SONDEE: Algún otro lugar?  ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS  SI NO ES CAPAZ DE IDENTIFICAR SI EL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA ESTA DENTRO DEL SECTOR PÚBLICO, O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL HOGAR  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N..... C LABORATORIO..... D OTRO PÚBLICO ..... E (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA/ MÉDICO PRIVADO ..... F LABORATORIO ..... G FUNDACIÓN/PATRONATO ..... H OTRO PRIVADO ..... I (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR ONG</b> CEPROSH ..... J PROFAMILIA ..... K ADOPLAFAM ..... L CLUB ACTIVO 20-30 ..... M COMPLEJO MICHAELIANO ..... N BRA ..... O OTRA ONG ..... P (ESPECIFIQUE)  <b>OTRO</b> ..... X (ESPECIFIQUE)	
929	¿Compraría usted vegetales frescos de un/a dueño/a de un colmado o un/a vendedor/a si supiera que esa persona tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
930	¿Si un miembro de su familia se infectara con el virus que causa el SIDA querría usted que se mantuviera en secreto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8	
931	¿Si un miembro de su familia se enfermara con el SIDA, estaría usted dispuesta a cuidar a él/ella en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8	
932	En su opinión, si una maestra tiene el virus que causa el SIDA pero no está enferma, ¿debe permitírsele continuar enseñando en la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8	
933	¿Conoce usted <b>personalmente</b> a alguna persona a la que se le haya negado las atenciones medicas en los últimos 12 meses porque él o ella tiene o se sospecha que tiene el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO CONOCE A NADIE CON SIDA ..... 3	938
934	¿Conoce usted <b>personalmente</b> a alguien a quien se le hayan negado la participación en eventos sociales, servicios religiosos, o eventos comunitarios durante los últimos 12 meses, porque el/ella tiene o se sospecha que tiene el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2	
935	¿Conoce usted <b>personalmente</b> a alguien que haya sido abusado verbalmente o molestado en los últimos 12 meses, porque él/ella tiene o se sospecha que tiene el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2	
936	VERIFIQUE 933, 934, Y 935:  OTRO <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> →  OTRO <input type="checkbox"/>	938
937	¿Conoce usted <b>personalmente</b> a alguien que tenga o se sospeche que tenga el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2	
938	Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: la gente que tiene el virus que causa el SIDA debe estar avergonzada de sí misma	ACUERDO ..... 1 DESACUERDO ..... 2 NO SABE/SIN OPINIÓN ..... 8	
939	Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: la gente infectada con el virus que causa el SIDA debe ser culpada de traer la enfermedad a la comunidad	ACUERDO ..... 1 DESACUERDO ..... 2 NO SABE/SIN OPINIÓN ..... 8	
940	¿Debería enseñársele a los niños y a las niñas de 12-14 años sobre cómo usar un condón para prevenir contagiarse con el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDEN ..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
941	¿Debería enseñársele a los niños y a las niñas de 12-14 años a esperar hasta que se casen para tener relaciones sexuales para prevenir contagiarse con el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
941B	¿Ha oído hablar de algunas enfermedades que afectan más a las personas que viven con el virus que causa el SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2	→ 942
941C	¿De cuáles ha oído hablar?  ¿Alguna otra?	TUBERCULOSIS ..... A NEUMONÍA ..... B OTRA ..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNA/NO SABE ..... Z	
942	VERIFIQUE 901:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           HA OÍDO HABLAR <input type="checkbox"/>            SOBRE SIDA            Además del SIDA            ¿ha oído hablar sobre            otras infecciones que            pueden ser transmitidas            mediante el contacto            sexual?         </div> <div style="text-align: center;">           NO A OÍDO HABLAR <input type="checkbox"/>            SOBRE SIDA            ¿Ha oído hablar sobre            otras infecciones que            pueden ser transmitidas            mediante el contacto            sexual?         </div> </div>	SI ..... 1 NO ..... 2	
943	VERIFIQUE 618:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           HA TENIDO            RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           NO HA TENIDO            REL. SEXUALES <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 951
944	VERIFIQUE 942  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           NO HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 946
945	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud durante los últimos 12 meses.  ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de la cual se contagió usted por contacto sexual?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8	
946	Algunas veces las mujeres experimentan ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor. ¿En los últimos 12 meses ha experimentado ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8	
947	Algunas veces las mujeres experimentan llagas o úlceras en sus genitales? ¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en sus genitales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/NO RESPONDE ..... 8	
948	VERIFIQUE 945, 946 Y 947:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           HA TENIDO UNA            INFECCIÓN            (ALGUN 'SI') <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           NO HA TENIDO            UNA INFECCIÓN            O NO LO SABE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 951
949	¿La última vez que sufrió usted de (condición de las preguntas 945/946/947), buscó algún tipo de asistencia o tratamiento?	SI ..... 1 NO ..... 2	→ 951
950	¿Dónde fue?  ¿Algún otro lugar?  IDENTIFIQUE LA FUENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO APROPIADO.  SI NO ES CAPAZ DE IDENTIFICAR SI EL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA ESTA DENTRO DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR  _____ (NOMBRE DEL LUGAR(ES))	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA DE SESPAS ..... A HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS ..... B HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA/P.N. .... C CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO ..... D CLÍNICA RURAL ..... E BOTICA POPULAR ..... F PROMOTOR(A) DE SESPAS ..... G OTRO PÚBLICO ..... H (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA/ ..... MÉDICO PRIVADO ..... I CLÍNICA DE PROFAMILIA ..... J FARMACIA ..... K PROMOTOR(A) ONG's ..... L OTRO PRIVADO/ONG ..... M (ESPECIFIQUE) <b>OTRA FUENTE</b> BRUJO/CURANDERO ..... N OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
951	Las parejas de esposos no siempre están de acuerdo en todo. Si una esposa sabe que su esposo tiene una enfermedad de la cual puede contagiarse durante la relación sexual, ¿se le justifica que se niegue a tener relaciones con él?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
952	Si una esposa sabe que su esposo tiene una enfermedad de la cual puede contagiarse durante la relación sexual, ¿se justifica que ella le pida que use un condón?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
953	¿Se justifica que una esposa no desee tener relaciones sexuales con su esposo cuando esté cansada o no tenga ganas?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
954	¿Se justifica que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo si sabe que este tiene relaciones con otras mujeres?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
955	VERIFIQUE 601: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>              CASADA/UNIDA           </div> <div style="text-align: center;">             NO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>              CASADA/UNIDA           </div> </div>		958
956	Le puede decir que no a su esposo/pareja si no desea tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2 DEPENDE/NO ESTA SEGURA ..... 8	
957	Le puede pedir a su esposo/pareja que use un condón si usted quisiera que él lo usara?	SI ..... 1 NO ..... 2 DEPENDE/NO ESTA SEGURA ..... 8	
958	¿Cree usted que <u>los</u> jóvenes varones deben esperar a estar casados para tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
959	¿Cree usted que la mayoría <u>de los</u> jóvenes que conoce esperan al matrimonio para tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
960	¿Cree usted que los hombres solteros, divorciados, separados o viudos que tienen relaciones sexuales deberían tenerlas con una sola pareja?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
961	¿Cree usted que la mayoría de los hombres que conoce, que son solteros, divorciados, separados o viudos que tienen relaciones sexuales, las tienen con una sola pareja?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
962	¿Cree usted que los hombres casados o unidos solamente deberían tener relaciones sexuales con su esposa/mujer?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
963	¿Cree usted que la mayoría de los hombres casados o unidos que conoce tienen relaciones sexuales sólo con su esposa/mujer?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
964	¿Cree usted que <u>las</u> jóvenes deben esperar hasta estar casadas para tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
965	¿Cree usted que la mayoría <u>de las</u> jóvenes que conoce esperan a estar casadas para tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
966	¿Cree usted que las mujeres solteras, divorciadas, separadas o viudas que tienen relaciones sexuales deberían tenerlas con una sola pareja?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
967	¿Cree usted que la mayoría de las mujeres <u>que conoce</u> que son solteras, divorciadas, separadas o viudas que tienen relaciones sexuales las tienen con una sola pareja?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
968	¿Cree usted que las mujeres casadas o unidas deben tener relaciones sexuales solamente con su esposo/marido?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
969	¿Cree usted que la mayoría de las mujeres casadas o unidas <u>que conoce</u> tienen relaciones sexuales solamente con su esposo/marido?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE/INSEGURO/DEPENDE ..... 8	
969A	¿Conoce usted o ha oído hablar de la Ley 55-93 sobre SIDA?	SI ..... 1 NO ..... 2	

**SECCIÓN 10. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD**

PREG.		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	→1005
1002	¿Cómo se contagia la tuberculosis de una persona a otra?  SONDEE: ¿Alguna otra forma?  REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS ..... A COMPARTIENDO UTENSILIOS ..... B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS ..... C COMPARTIENDO ALIMENTOS ..... D POR CONTACTO SEXUAL ..... E POR PICADURA DE MOSQUITOS ..... F OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z	
1003	¿La tuberculosis tiene cura?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1004	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PERMANECIERA SECRETO ..... 1 NO ..... 2 NO ESTA SEGURA/DEPENDEN ..... 3	
1005	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre inyecciones que usted ha recibido en los últimos 12 meses.  ¿Ha recibido usted alguna inyección por cualquier razón en los últimos 12 meses?  SI SI, Cuántas inyecciones?  SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES MAYOR DE 90, O DIARIA POR MÁS DE 3 MESES, REGISTRE '90'  SI NO HAY RESPUESTA NUMÉRICA, PRUEBE TENER UN ESTIMADO.	NÚMERO DE INYECCIONES ..... <input type="text"/>  NINGUNA ..... 00	→1008A
1006	De todas las inyecciones que recibió, ¿Cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera, un dentista, o cualquier otro/a trabajador/a de salud?  SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES MAYOR DE 90, O DIARIA POR MAS DE TRES MESES, REGISTRE 90.  SI NO HAY RESPUESTA NUMÉRICA, PRUEBE TENER UN ESTIMADO.	NÚMERO DE INYECCIONES ..... <input type="text"/>  NINGUNA ..... 00	→1008A
1007	La última vez que usted recibió una inyección de un/a trabajador/a de salud, ¿dónde fue usted a recibir esta inyección?  SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE CÓDIGO RESPECTIVO  SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL/CLÍNICA SESPAS..... 11 HOSPITAL/POLICLÍNICA DEL IDSS..... 12 HOSPITAL/CLÍNICA DE FF.AA./P.N..... 13 CONSULTORIO/DISPENSARIO PÚBLICO..... 14 CLÍNICA RURAL ..... 15 PROMOTOR(A) DE SESPAS..... 16 OTRO PÚBLICO: ..... 17 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO/ONG</b> CLÍNICA/CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO... 21 CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 22 CLÍNICA DENTAL..... 23 FARMACIA ..... 24 OFICINA O CASA DE LA ENFERMERA..... 25 PROMOTOR(A) ONG's..... 26 OTRO PRIVADO/ONG: ..... 27 (ESPECIFIQUE)  <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1008	¿La persona que le puso la inyección sacó la jeringuilla y la aguja de un paquete nuevo y sin abrir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1008A	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen de papanicolau?	SI..... 1 NO..... 2	



PREG.	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
1008B	¿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', ¿Qué tipo de examen le hicieron?	MAMOGRAFÍA ..... 1 TACTO ..... 2 AMBOS ..... 3 NO SE HIZO ..... 4																											
1009	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2 → 1011																											
1010	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS ..... <input type="text"/>																											
1011	¿Actualmente usted fuma o usa otro tipo de tabaco?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 1012A																											
1012	¿Qué otro tipo de tabaco fuma o usa usted actualmente?  REGISTRAR TODOS LOS MENCIONADOS.	PIPA ..... A TABACO MASTICADO ..... B TABACO ..... C OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)																											
1012A	VERIFIQUE 637, EN LAS 3 COLUMNAS:  ENTREVISTADA NO SE EMBORRACHÓ <input type="checkbox"/> 637=2 O 4 O SIN RESPUESTA ENTREVISTADA SE EMBORRACHÓ <input type="checkbox"/> 637=1 O 3	→ 1012C																											
1012B	¿Alguna vez ha tomado usted bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2 → 1012D																											
1012C	Durante los últimos tres meses, ¿Cuántos días tomó usted bebidas alcohólicas?	NÚMERO DE DÍAS ..... <input type="text"/> NINGÚN DÍA/ NUNCA .....00																											
1012D	VERIFIQUE 637B, EN LAS 3 COLUMNAS:  ENTREVISTADA NO USÓ DROGAS <input type="checkbox"/> 637B=2 O 4 O SIN RESPUESTA ENTREVISTADA USÓ DROGAS <input type="checkbox"/> 637B=1	→ 1012F																											
1012E	¿Alguna vez usted ha usado drogas?	SI..... 1 NO..... 2 → 1013																											
1012F	Durante los últimos tres meses, ¿Cuántos días usó usted drogas?	NÚMERO DE DÍAS ..... <input type="text"/> NINGÚN DÍA/ NUNCA .....00																											
1013	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el cuidado de su salud. Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, <b>para Ud. es un gran problema:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Conseguir permiso para ir?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Conseguir dinero para el tratamiento?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿La distancia de los servicios médicos?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Tener que tomar transporte?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E ¿No querer ir sola?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Pensar que puede no haber personal femenino que la atienda?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Pensar que puede no haber alguien que la atienda?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Conseguir permiso para ir?	1	2	B ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	1	2	C ¿La distancia de los servicios médicos?	1	2	D ¿Tener que tomar transporte?	1	2	E ¿No querer ir sola?	1	2	F ¿Pensar que puede no haber personal femenino que la atienda?	1	2	G ¿Pensar que puede no haber alguien que la atienda?	1	2	H ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?	1	2
	SI	NO																											
A ¿Conseguir permiso para ir?	1	2																											
B ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	1	2																											
C ¿La distancia de los servicios médicos?	1	2																											
D ¿Tener que tomar transporte?	1	2																											
E ¿No querer ir sola?	1	2																											
F ¿Pensar que puede no haber personal femenino que la atienda?	1	2																											
G ¿Pensar que puede no haber alguien que la atienda?	1	2																											
H ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?	1	2																											
1016	VERIFIQUE 217:  NIÑO (MAS JOVEN) <input type="checkbox"/> DE EDAD 0-17 AÑOS OTRO <input type="checkbox"/>	→ 1018																											
1017	Ahora quisiera preguntarle sobre su hijo(s) menor(es) de 18 años.  ¿Ha hecho usted arreglos para que en el caso de que usted se enferme alguien los cuide?	SI ..... 1 NO ..... 2 INSEGURA ..... 8																											
1018	(Aparte de sus hijos), ¿Es usted la tutora principal o madre de crianza de algún niño menor de 18 años?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 1101																											
1019	¿Ha hecho usted arreglos para que alguien cuide a estos/as niños/as en caso de que se enferme o le sea imposible cuidarlos?	SI ..... 1 NO ..... 2 INSEGURA ..... 8																											

# SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
1101	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron .</p> <p>Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su madre?</p>				<p>TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS ..... <input type="text"/></p>			
1102	<p>VERIFIQUE 1101:</p> <p>DOS O MÁS HIJO(A)S <input type="text"/> SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input type="text"/> → PASE A 1200</p>							
1103	<p>De todos lo(a)s hermano(a)s que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?</p>				<p>NÚMERO DE HERMANO(A)S ANTERIORES..... <input type="text"/></p>			
1104	Nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?	(1)  (NOMBRE)	(2)  (NOMBRE)	(3)  (NOMBRE)	(4)  (NOMBRE)	(5)  (NOMBRE)	(6)  (NOMBRE)	(7)  (NOMBRE)
1105	¿(NOMBRE) es varón o hembra?	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2
1106	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. ← SI NO HAY MÁS PASE A 1200
1107	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200
1108	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998
1109	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1110	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (2)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (3)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (4)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (5)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (6)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (7)	<input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (8)
1111	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2
1112	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2
1113	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2
1114	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO ..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
1115	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200

Continuación

		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1104	Nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de los que le siguen?	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1105	¿(NOMBRE) es varón o hembra?	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2	VARÓN .. 1 HEMBRA ..... 2
1106	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 1108) ← NS ..... 8 PASE A 1105 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1200
1107	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1200
1108	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 1110) NS ..... 9998
1109	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1110	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (9)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (13)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN PASE A (14)	<input type="text"/> <input type="text"/> SI ES HEMBRA QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O VARÓN (FINALICE)
1111	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1114) ← NO ..... 2
1112	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2
1113	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 1115) ← NO ..... 2
1114	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4
1115	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105. SI NO HAY MÁS PASE A 1200	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 1105 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 1200

## SECCIÓN 12. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																												
1200	VERIFIQUE LA CARÁTULA DE ESTE CUESTIONARIO MUJER SELECCIONADA PARA ESTA SECCIÓN <input type="checkbox"/>	MUJER NO SELECCIONADA <input type="checkbox"/>	1235																												
1201	VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE NO CONTÍÑE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/>	NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/>	1234																												
	<b>LEA:</b> Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.																														
1202	VERIFIQUE 601 y 602: ESTADO CONYUGAL ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>	SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA/(LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/>	1214																												
1202A	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ello usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (marido): A ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con usted? B ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar? C ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted? D ¿Podría usted decirme si él la respeta (ba) le respeta (ba) sus deseos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUENTEMENTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIEMPO LIBRE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CARIÑOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPECTUOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	TIEMPO LIBRE .....	1	2	3	CONSULTAS.....	1	2	3	CARIÑOSO .....	1	2	3	RESPECTUOSO .....	1	2	3									
	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA																												
TIEMPO LIBRE .....	1	2	3																												
CONSULTAS.....	1	2	3																												
CARIÑOSO .....	1	2	3																												
RESPECTUOSO .....	1	2	3																												
1203	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (marido): A ¿Su esposo (marido) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre? B ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel? C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amigas? D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contacto a su familia? E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba? F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>INFIEL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA AMIGAS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE VA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DESCONFIANZA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO .....	1	2	8	INFIEL .....	1	2	8	VISITA AMIGAS .....	1	2	8	VISITA FAMILIA .....	1	2	8	SABER DONDE VA.....	1	2	8	DESCONFIANZA .....	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOSO .....	1	2	8																												
INFIEL .....	1	2	8																												
VISITA AMIGAS .....	1	2	8																												
VISITA FAMILIA .....	1	2	8																												
SABER DONDE VA.....	1	2	8																												
DESCONFIANZA .....	1	2	8																												
1204	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (marido): A Su (último) esposo (marido) alguna vez:	B Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses: frecuentemente, sólo a veces o nunca sucedió?																													
a	¿le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI ..... 1 NO ..... 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													
b	¿la ha amenazado con hacerle daño usted o a alguien cercano a usted? SI ..... 1 NO ..... 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A PREG.
c	la insultó o la hizo sentirse mal consigo misma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1205	A Su (último) esposo (marido) alguna vez:		B Con que frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses: frecuentemente, sólo a veces o nunca sucedió?		
a	¿la empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
b	¿la abofeteó?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
c	Le torció el brazo o le jaló el pelo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
d	¿la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
e	¿la ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
f	¿trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
g	¿la amenazó o agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
h	¿ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
i	¿la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1206	VERIFIQUE 1205: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> → 1209B				
1207	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (marido) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'		NÚMERO DE AÑOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96		
1208	A Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (marido) le hizo		B Con que frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses: frecuentemente, sólo a veces o nunca sucedió?		
a	¿Tuvo moratones y dolores?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
b	Tenía usted serias lesiones en los ojos, torceduras, dislocaciones o quemaduras?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
c	Tenía usted heridas profundas, dientes rotos o alguna otra lesión grave?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
d	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘ (PASE A 1209B) ←	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1209A	¿Alguna vez el personal medico que la atendió, dió informe a las autoridades con relación a su caso?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1209B	¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrat físicamente a su esposo (marido) en momentos que no la estaba golpeando o maltratando físicamente?	SI..... 1 NO..... 2	1212
1211	Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (marido) en momentos que él no la estaba golpeando maltratando?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1212	¿Su esposo (marido) toma(ba) bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	1213A
1213	¿Su esposo (marido) se emborracha(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1213A	¿Su esposo (marido) usa(ba) drogas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1214	<p>VERIFIQUE 601 Y 602: ESTADO CONYUGAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CASADA/EN UNIÓN LIBRE/SEPARADA/ DIVORCIADA/VIUDA</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Desde cuando usted tenía 15 años de edad, ¿Algún persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE ..... 8	1217 1217
1215	<p>¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	MADRE ..... A PADRE ..... B MADRASTRA ..... C PADRASTRO ..... D HERMANA ..... E HERMANO ..... F HIJA ..... G HIJO ..... H EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... I SUEGRA ..... J SUEGRO ..... K OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... L OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... M OTRO PARIENTE FEMENINO ..... N OTRO PARIENTE MASCULINO ..... O AMIGA/CONOCIDA ..... P AMIGO/CONOCIDO ..... Q MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... R EMPLEADOR(A) ..... S EXTRAÑO(A) ..... T OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1215A	<p>VERIFIQUE 1215:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		1216

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1215B	De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia	MADRE ..... 01 PADRE ..... 02 MADRASTRA ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANA ..... 05 HERMANO ..... 06 HIJA ..... 07 HIJO ..... 08 EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... 09 SUEGRA ..... 10 SUEGRO ..... 11 OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... 12 OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... 13 OTRO PARIENTE FEMENINO ..... 14 OTRO PARIENTE MASCULINO ..... 15 AMIGA/CONOCIDA ..... 16 AMIGO/CONOCIDO ..... 17 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... 18 EMPLEADOR(A) ..... 19 EXTRAÑO(A) ..... 20 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1216	Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/>	
1217	VERIFIQUE 210, 226 Y 229 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1220		
1218	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada	SI..... 1 NO..... 2 → 1220	
1219	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	ACTUAL ESPOSO/MARIDO ..... A MADRE ..... B PADRE ..... C MADRASTRA ..... D PADRASTRO ..... E HERMANA ..... F HERMANO ..... G HIJA ..... H HIJO ..... I EX-ESPOSO/EX-MARIDO ..... J SUEGRA ..... K SUEGRO ..... L OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... M OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... N OTRO PARIENTE FEMENINO ..... O OTRO PARIENTE MASCULINO ..... P AMIGA/CONOCIDA ..... Q AMIGO/CONOCIDO ..... R MAESTRO(A) / PROFESOR(A) ..... S EMPLEADOR(A) ..... T EXTRAÑO(A) ..... U OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1220	VERIFIQUE 618: ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/> → 1225		
1221	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, diría usted que lo hizo porque lo deseaba, o porque fue forzada a tenerlas en contra de su voluntad?	LO DESEABA ..... 1 FORZADA A ..... 2 SE NEGÓ A CONTESTAR/ NO RESPUESTA ..... 3	
1222	VERIFIQUE LAS P. 601 Y 602 SE CASO/VIVIÓ CON UN HOMBRE ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/> NUNCA SE CASO/VIVIÓ CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses alguna persona que no sea su esposo/pareja (actual/anterior) la forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad? En los últimos 12 meses alguien la ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	SI ..... 1 NO ..... 2 SE NEGÓ A CONTESTAR/NO RESPUESTA ..... 3	
1223	VERIFIQUE LA P. 1221 Y 1222 1221 = '1' O '3' Y 1222 = '2' O '3' <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> → 1226		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
1224	VERIFIQUE LAS P. 1205 (h) Y 1205 (i) LA P. 1205(h) DIFERENTE DE '1' <input type="checkbox"/> Y LA P. 1205(i) DIFERENTE DE '1' <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="text"/>	1227A
1225	En algún momento de su vida, durante su niñez o en la adultez alguien la forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	SI ..... 1 NO ..... 2 SE NEGÓ A CONTESTAR/ NO RESPUESTA ..... 3	1227A
1226	Que edad tenía usted la primera vez que fue forzada a tener relaciones sexuales o a realizar algún otro acto sexual	EDAD EN NÚMEROS ENTEROS <input type="text"/> NO SABE ..... 98	
1227	Quien era la persona que la forzaba en ese momento	ESPOSO/PAREJA ACTUAL ..... 01 ESPOSO/PAREJA ANTERIOR ..... 02 NOVIO ACTUAL/ANTERIOR ..... 03 PADRE ..... 04 PADRASTRO ..... 05 OTRO FAMILIAR ..... 06 PARIENTE POLÍTICO ..... 07 AMIGO/CONOCIDO ..... 08 AMIGO FAMILIA ..... 09 MAESTRO ..... 10 JEFE/ALGUIEN DEL TRABAJO ..... 11 POLICIA/SOLDADO ..... 12 CURA/LÍDER RELIGIOSO ..... 13 EXTRAÑO ..... 14 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1227A	¿Conoce usted alguna institución gubernamental o privada que le pueda ofrecer ayuda psicológica o jurídica a una mujer que es víctima de maltrato?	SI..... 1 NO..... 2	
1227B	¿Conoce usted o ha oído hablar de la Ley 24-97 sobre violencia intrafamiliar?	SI..... 1 NO..... 2	
1228	VERIFIQUE LAS P. 1205A (a-i), 1214, 1218, 1222 Y 1225 POR LO MENOS UN 'SI' O LA 1221=2 <input type="checkbox"/> NI UN SOLO 'SI' Y LA 1221 ES DIFERENTE DE 2 <input type="checkbox"/>		1232
1229A	Cuándo la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1229C
1229B	¿A quién le ha pedido ayuda?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MADRE ..... A PADRE ..... B HERMANA ..... C HERMANO ..... D ACTUAL (ULTIMO) ESPOSO (MARIDO)..... E SUEGRA ..... F SUEGRO ..... G OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... H OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... I OTRO PARIENTE FEMENINO ..... J OTRO PARIENTE MASCULINO ..... K AMIGO(A) ..... L VECINO(A) ..... M OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1229C	Cuándo la han maltratado, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?  SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?	INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN A LA MUJER..... A ONG ..... B POLICÍA ..... C FISCALÍA ..... D OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)  NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	1229F
1229D	VERIFIQUE 1229C: CÓDIGO 'C' O 'D' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'C' NO MARCADO Y CÓDIGO 'D' NO MARCADO <input type="checkbox"/>		1232
1229E	Considera usted que recibió una respuesta efectiva de las autoridades con relación a su caso?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1232 1232 1232



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																				
1229F	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	NO SABIA DONDE IR..... 01 DE NADA SIRVE/NO ERA NECESARIO..... 02 COSAS DE LA VIDA..... 03 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACIÓN ..... 04 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO ..... 05 MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO ..... 06 VERGUENZA..... 07 FALTA DE DINERO..... 08 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)																					
1232	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8																					
AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y ASEGÚRELE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. LLENE LAS PREGUNTAS QUE ESTÁN ABAJO EN REFERENCIA AL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SOLAMENTE.																							
1233	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFERIERON DE ALGUNA OTRA FORMA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI, UNA VEZ</th> <th>SI, MÁS DE UNA VEZ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER ADULTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI, UNA VEZ	SI, MÁS DE UNA VEZ	NO	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO ..	1	2	3	OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3	NIÑOS.....	1	2	3	
	SI, UNA VEZ	SI, MÁS DE UNA VEZ	NO																				
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3																				
OTRO HOMBRE ADULTO ..	1	2	3																				
OTRA MUJER ADULTA.....	1	2	3																				
NIÑOS.....	1	2	3																				
1234	OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA / EXPLICACION POR NO APLICAR EL MODULO DE VIOLENCIA DOMESTICA																						
<div></div> <div></div> <div></div>																							
1235	ANOTE LA HORA DE TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA	HORA..... <div></div> <div></div> MINUTOS..... <div></div> <div></div>																					

[illegible]