

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INSTITUTO DE NUTRICION DE
CENTRO AMERICA Y PANAMA

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL
CUESTIONARIO INDIVIDUAL

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA	
-----------------------------	--

IDENTIFICACION

IDIOMA DE LA ENTREVISTA

1

1. NUMERO DE CUESTIONARIO	<input type="text"/>
2. DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
3. MUNICIPIO	<input type="text"/>
4. AREA: URBANA = 1; RURAL = 2	<input type="text"/>
5. NUMERO DE SEGMENTO	<input type="text"/>
6. NUMERO DE ESTRUCTURA	<input type="text"/>
7. NUMERO DE HOGAR	<input type="text"/>
8. DIRECCION DE LA VIVIENDA	<input type="text"/>
9. NOMBRE DE LA MUJER	<input type="text"/>
10. NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR	<input type="text"/>

RESULTADOS DE LAS VISITAS

VISITA	1a	2a	3a
FECHA			
RESULTADO			
ENTREVIS- TADORA			
HORA DE INICIO			
HORA DE TERMINACION			

1. FECHA DE LA ULTIMA VISITA	<input type="text"/>
2. NUMERO DE VISITAS	<input type="text"/>
3. DURACION DE ENTREVISTA	<input type="text"/> : <input type="text"/>
4. CODIGO DE LA ENTREVISTADORA	<input type="text"/>

CODIGO DE RESULTADO: COMPLETA = 1; MUJER AUSENTE = 2; APLAZADA = 3;
RECHAZO = 4; PARCIALMENTE COMPLETA = 5; OTRO = 6

CONTROL DE OFICINA

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
NOMBRE			
FECHA			

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

Para empezar me gustaria hacerle unas preguntas generales acerca de usted misma...

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
101	GRUPO ETNICO (OBSERVACION DE LA ENTREVISTADORA)	INDIGENA..... 1 LADINO..... 2 OTROS (ESPECIFIQUE)..... 3	
102	¿Que idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de esta familia o la mayoría de ellos?	ESPAÑOL..... 1 CACKQUICHEL..... 2 KECHCHI..... 3 QUICHE..... 4 HAM..... 5 POCOMCHI..... 6 TZUTUHIL..... 7 OTRO (ESPECIFIQUE)..... 8	→104
103	¿Puede hablar y entender español?	SI..... 1 NO..... 2	
104	¿Antes de que Ud. cumpliera 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? ¿En una finca, en una aldea, en un pueblo o en una ciudad?	FINCA 1 ALDEA 2 PUEBLO 3 CIUDAD 4	
105	¿Cuánto tiempo ha vivido aquí en (NOMBRE DEL LUGAR DE LA ENTREVISTA)?	SIEMPRE 98 VISITANTE 97 AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	→107
106	¿Antes de llegar a vivir aquí, a (NOMBRE DEL LUGAR) ¿dónde vivió Ud.? ¿en una finca, en una aldea, en un pueblo o en una ciudad?	FINCA 1 ALDEA 2 PUEBLO 3 CIUDAD 4	
107	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	
108	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 107 CON 108, SI HAY INCONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA. SI LA ENTREVISTADA NO SABE LA FECHA DE NACIMIENTO NI SU EDAD, INDAGUE Y AYUDELA A ESTIMAR SU EDAD, LUEGO ANOTE LA EN EL SEGUNDO RECUADRO.	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> (ESTIMADOS)	
109	¿Alguna vez Ud. fue a la escuela o colegio?	SI 1 NO 2	→113
110	¿Cuál es el último año de estudios que Ud. aprobó?	PRIMARIA <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA <input type="text"/> <input type="text"/> SUPERIOR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→114

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
113	¿Puede, Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede leerlo?	CON FACILIDAD 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO 3 → 115	
114	¿Lee Ud. un periódico por lo menos una vez a la semana?	SI..... 1 NO..... 2	
115	¿Generalmente ve Ud. televisión todos los días?	SI..... 1 NO..... 2	
116	¿Generalmente escucha Ud. radio todos los días?	SI 1 NO 2	
117	¿Fuma Ud. cigarros o puros actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 → 119	
118	¿Cuántos cigarros (puros) fuma diariamente?	ENTRE 1 Y 9..... 1 ENTRE 10 Y 19..... 2 ENTRE 20 Y 39..... 3 40 O MAS..... 4 NO SABE..... 8	
119	¿Cada cuándo toma Ud. bebidas alcohólicas, como por ejemplo cerveza, octavos o ron?	OCASIONALMENTE..... 1 UNA VEZ AL MES..... 2 DOS O TRES VECES AL MES..... 3 UNA O DOS VECES POR SEMANA..... 4 CASI TODOS LOS DIAS..... 5 OTRA RESPUESTA 6 NUNCA CONSUME 8	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.								
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. ha dado a luz. Fijese que no me refiero a hijos criados o adoptados por usted. ¿Ha tenido alguna hija o hijo que ha nacido vivo?	SI 1 NO 2 → 206									
202	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud?	SI 1 NO 2 → 204									
203	¿Cuántos hijos varones viven con Ud? ¿Cuántas hijas mujeres viven con Ud?	HIJOS EN CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HIJAS EN CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI 1 NO 2 → 206									
205	¿Cuántos hijos varones no viven con Ud? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.?	HIJOS FUERA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HIJAS FUERA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? INDAGUE: ¿Algún [otro] hijo o hija que nació vivo pero que sólo vivió algunos minutos, horas o días?	SI 1 NO 2 → 208									
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas mujeres han muerto?	HIJOS MUERTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HIJAS MUERTAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
209	Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Ud. ha tenido en total ____ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto? SI NO DECLARA NINGUN HIJO NACIDO VIVO Ud. no ha tenido ningún hijo que haya nacido vivo. ¿Es correcto? SI 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ↓ NO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (INDAGUE Y CORRIJA DEL 201 AL 208)										
210	<p>MARQUE LA CASILLA APROPIADA :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNO O MAS NACIDOS VIVOS</p> <p>1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NINGUN NACIDO VIVO</p> <p>2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (PASE A 221)</p> </div> </div> <p>Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo. (ANOTE EN 211 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y LUEGO PREGUNTE 212 A 217 SEGUN CORRESPONDA)</p>										

211 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE ME-LLIZOS EN LINEAS SE- PARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	212 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	213 ¿En que mes y año nació (NOMBRE)? (INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?)	214 (NOMBRE) es- tá vivo?	215 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	216 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tie- ne (NOMBRE) en años cum- plidos?	217 SI ESTA VIVO: ¿(NOMBRE) es- tá viviendo con ud.?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
0 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 6	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 7	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
0 8	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2

211 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE NOMBRES EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE. (1)	212 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer? (2)	213 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (3)	214 (NOMBRE) ¿está vivo? (4)	215 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS. (5)	216 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? (6)	217 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) está viviendo con ud.? (7)
0 9	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 0	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2
1 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	MES AÑO 	SI 1 (PASE A 216) NO 2	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 	EDAD 	SI 1 NO 2

218 COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE :
NUMERO ES EL MISMO

1

NUMERO ES DIFERENTE

2

(INDAGUE Y CORRIJA LAS INCONSISTENCIAS, LUEGO PROSIGA CON LA 219)

219 A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:

A) PARA CADA HIJO NACIDO VIVO LOS DATOS DE LAS COLUMNAS 1 A 4 HAN SIDO REGISTRADOS

☐

B) PARA CADA HIJO FALLECIDO LOS DATOS DE LA COLUMNA 5 HAN SIDO REGISTRADOS, Y LAS COLUMNAS 6 Y 7 HAN QUEDADO EN BLANCO.

☐

C) PARA CADA HIJO SOBREVIVIENTE LOS DATOS DE LA COLUMNA 6 Y 7 HAN SIDO REGISTRADOS, Y LA COLUMNA 5 HA QUEDADO EN BLANCO.

☐

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PAGE A PGTA.
220	¿A su (último) hijo lo tuvo por vía natural?	SI 1 NO 2	→ 221
220A	¿El parto de ese (último) hijo fue por cesárea? INDAGUE: ¿El parto de ese (último) hijo fue por una operación del vientre?	SI 1 NO 2	
221	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 226
222	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
223	¿Durante el embarazo le han puesto a Ud. alguna inyección para evitar que el niño tenga tétano?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 224
223A	¿Cuántas inyecciones le pusieron?	NUMERO DE INYECCIONES <input type="text"/> <input type="text"/>	
223B	¿A dónde fue a que le pusieran la última inyección?	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT..... 03 CLINICA PRIVADA/MEDICO PART.... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 FARMACIA..... 09 ESCUELA..... 12 JORNADA MEDICA MILITAR..... 14 OTRO LUGAR 16 (ESPECIFIQUE)	
224	¿Fue a consultar a alguien para controlar su embarazo?	SI 1 NO 2	→ 226E
225	¿A quién consultó? SI CONSULTO A MAS DE UNA PERSONA ANDE A LA MAS CALIFICADA	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERIA..... 3 TECNICO DE SALUD RURAL..... 4 PROMOTOR DE SALUD..... 5 COMADRONA..... 6 OTRO 7 (ESPECIFIQUE)	→ 226E

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
226	¿Hace cuanto tiempo tuvo su última menstruación (regla)?	HACE : DIAS1 SEMANAS2 MESES3 YA NO MENSTRUAR 995 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO . 996 NUNCA MENSTRUO 997 NO RECUERDA..... 999	
226A	VEA 213	NINGUN HIJO NACIDO VIVO 1 <input type="checkbox"/> ↓ TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS ANTES ENERO 1982 2 <input type="checkbox"/> ALGUN HIJO NACIDO VIVO DESPUES ENERO 1982 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 226C) (PASE A 226E).	
226B	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	SI 1 NO 2 → 227	
226C	¿La última vez que Ud. quedo embarazada, quería tener otro (un) hijo entonces, lo pensaba tener pero mas tarde, o no quería tener mas hijos ?	ENTONCES..... 1 MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3	
226E	Muchas mujeres pierden sus bebés antes de completar el sexto mes de embarazo. ¿Ha tenido Ud. alguna pérdida?	SI 1 NO 2 → 227	
226F	¿Cuántas pérdidas ha tenido usted?	NUMERO DE PERDIDAS <input type="text"/>	
226G	¿Alguna de las pérdidas que usted ha tenido ocurrió en los últimos doce meses? (¿La pérdida que usted ha tenido ocurrió en los últimos 12 meses?)	SI 1 NO 2	
226H	¿Alguna de las pérdidas que Ud. ha tenido ha sido provocada? (¿La pérdida que Ud. ha tenido ha sido provocada?)	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 3 } → 226J	
226I	¿Cuántas pérdidas provocadas ha tenido usted?	PERDIDAS PROVOCADAS..... <input type="text"/>	
226J	1 <input type="checkbox"/> SOLAMENTE UNA PERDIDA ¿Necesitó Ud. de tratamiento médico como consecuencia de la pérdida que tuvo? 2 <input type="checkbox"/> DOS O MAS PERDIDAS ¿Necesitó Ud. de tratamiento médico como consecuencia de la última pérdida que tuvo?	SI..... 1 NO..... 2 → 227	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
226K	¿En qué lugar o quién le dió ese tratamiento?	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT..... 03 CLINICA PRIVADA..... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 COMADRONA..... 13 OTRO..... 16	
226L	¿Fue necesario que la internaran?	SI..... 1 NO..... 2 → 227	
226M	¿Durante cuantas noches estuvo hospitalizada?	NUMERO DE NOCHES <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	¿En cuáles días entre una menstruación y otra cree usted que la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada?	DURANTE LA REGLA 1 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA 2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA 3 JUSTAMENTE ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA 4 EN CUALQUIER MOMENTO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
228	¿Alguna vez un doctor le hizo a usted un examen vaginal (examen ginecológico)?	SI 1 NO 2 → 229	
228A	¿Cuándo le hicieron ese examen por última vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
229	¿Le hicieron a usted alguna vez una prueba de cancer en la matriz (Papanicolaou)?	SI 1 NO 2 → 301	
229A	¿Cuándo le hicieron esa prueba por última vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECCION 3. ANTICONCEPTIVOS

301. Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha escuchado hablar?
INDAGUE: ¿Algún otro?

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.

LUEGO PREGUNTE DE 303 A 305 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

M E T O D O	302 ¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI ESPONTA- NEO SI RECONO- CIDO NO	303 ¿Ha usado Ud al- guna vez o está usando (METODO)?	304 ¿Adónde iría Ud. para ob- tener (METODO) si qui- siera usarlo? (CODIGOS ABAJO)	305 ¿En su opinión cual es el problema principal, si lo hay, con el uso de (METODO) (CODIGOS ABAJO)
PASTILLAS, PILDORAS Las mujeres pueden tomar to- dos los días una pastilla para no quedar embarazadas	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una I de cobre, por un médico o una enfermera.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INYECCION (DEPO-PROVERA) Las mujeres pueden hacerse poner una inyección cada 1 o 3 meses para evitar que- dar embarazadas.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TABLETAS U OVULOS VAGINALES Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un óvulo o tableta antes de tener rela- ciones sexuales.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAFRAGMA, ESPUMA, JALEA Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un suposito- rio, crema, o un diafragma antes de tener relaciones sexuales.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRESERVATIVO (CONDOM) Los hombres pueden usar un preservativo (jebe, condón) durante las relaciones sexuales.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODIGOS PARA 304 HOSPITAL PRIVADO.... 01 PROMOTOR DE SALUD... 10 HOSPITAL PUBLICO.... 02 DISTRIBUIDORA HOSPITAL ROOSEVELT.. 03 COMUNITARIA..... 11 CLINICA PRIVADA..... 04 NO QUIERE USAR..... 13 CENTRO DE SALUD..... 05 OTRO LUGAR 16 PUESTO DE SALUD..... 06 NO SABE..... 98 ISSS..... 07 APROFAM..... 08 FARMACIA..... 09		CODIGOS PARA 305 NO ES EFECTIVO..... 02 ES IRREVERSIBLE..... 11 EL COMPAÑERO DESAPRUEBA.. 03 OTRO..... 12 EFECTOS SECUNDARIOS..... 04 NINGUN INCONVENIENTE..... 13 ACCESIBILIDAD DISPONIBILIDAD..... 05 NO SABE..... 98 COSTO MUY ALTO..... 06 ES DIFICIL DE USAR O SE OLVIDA DE USAR... 07 INTERFIERE CON EL SEXO... 08		

M E T O D O (CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR)	302 ¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI ESPONTA- MED SI RECONOCIDO NO	303 ¿Ha usado Ud alguna vez o está usando (MÉTODO)?	304 ¿Adónde iría Ud. para obtener (MÉTODO) si quisiera usarlo? (CÓDIGOS ABAJO)	305 ¿En su opinión cual es el problema principal, si lo hay, con el uso de (MÉTODO)? (CÓDIGOS ABAJO)
METODO IRREVERSIBLE FEMENINO (LIGADURA) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
METODO IRREVERSIBLE MASCULINO (VASECTOMIA) Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RITMO Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BILLINGS Las parejas pueden saber en qué días deben evitar las relaciones sexuales, observando la consistencia de la mucosidad cervical de la mujer.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1 2 3 ↓	SI 1 NO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTROS METODOS Además de los métodos que ya le mencioné, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI" ESPECIFICAR MÉTODO	1 3 ----- -----	SI 1 NO 2	CODIGOS PARA 304 HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT... 03 CLINICA PRIVADA..... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 APROFAM..... 08 FARMACIA..... 09 PROMOTOR DE SALUD... 10 DISTRIBUIDORA COMUNITARIA..... 11 NO QUIERE USAR..... 13 OTRO LUGAR..... 16 NO SABE..... 98	CODIGOS PARA 305 NO ES EFECTIVO..... 02 COMPAÑERO DESAPRUEBA.. 03 EFECTOS SECUNDARIOS... 04 ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD..... 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFÍCIL DE USAR, O SE OLVIDA DE USAR.. 07 INTERFIERE CON EL SEXO..... 08 ES IRREVERSIBLE..... 11 OTRO..... 12 NINGUN INCONVENIENTE.. 13 NO SABE..... 98

306 VEA 303 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:

NI UN SOLO "SI" EN 303
(NUNCA HA USADO)1 ☐

↓ (PROSIGA CON 307)

AL MENOS UN "SI" EN 303
(HA USADO ALGUN MÉTODO)2 ☐

→ (PASE A 309)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A P6TA.
307	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de cualquier manera de evitar quedar embarazada?	SI1 NO2	→338
308	¿Que ha hecho? (CORRIJA 302 Y 303. COMPLETE LA INFORMACION DE 304 A 306 CUANDO SEA NECESARIO)	----- -----	
309	VEA 303: HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA)	NUNCA HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 311)	
310	La última vez que usó el ritmo, ¿cómo determino en qué días no podía tener relaciones sexuales? (que no podía tener que ver con su esposo?)	EN BASE : AL CALENDARIO 1 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO 2 A LA MUCOSIDAD CERVICAL (BILLINGS). 3 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y LA MUCOSIDAD..... 4 AL CALENDARIO Y TEMPERATURA 5 AL CALENDARIO Y MUCOSIDAD 6 OTRO 7 (ESPECIFICAR)	
311	VEA 208: HA TENIDO HIJOS NO HA TENIDO HIJOS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS <input type="text"/>	
311A	¿Cuál fue el primer método que usted o su esposo (o compañero) usó?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDON..... 05 MET. IRREVERSIBLE FEMENINO..... 06 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO.... 07 RITMO, BILLINGS 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS..... 10 NO SABE, NO RECUERDA..... 98	→317

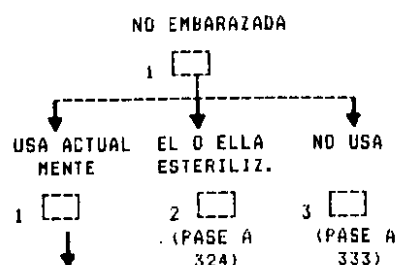
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
311B	¿De dónde consiguió usted (o su marido o compañero) ese primer método? (EN EL CASO DE METODOS NATURALES: ¿De donde recibió la información?) (EN EL CASO DE METODOS IRREVERSIBLES: ¿Donde fué la operación?)	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT..... 03 CLINICA PRIVADA/MEDICO PART.... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 APROFAM..... 08 FARMACIA..... 09 PROMOTOR DE SALUD..... 10 DISTRIBUIDORA COMUNITARIA..... 11 OTRO SITIO..... 16 (ESPECIFIQUE) NO SABE, NO RECUERDA..... 98	
312	VEA 221 NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE 1 <input type="checkbox"/>	ACTUALMENTE EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 318)	
313	¿Actualmente están Ud. o su marido (compañero) usando algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2 → 318	
314	¿Qué método está(n) usando?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 → 319 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDON..... 05 MET. IRREVERSIBLE FEMENINO..... 06 → 317 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO.... 07 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 → 318 OTROS METODOS..... 10	
315	¿Por favor dígame el nombre o marca de las pastillas que está usando? MUESTRE LA PRESENTACION GRAFICA DE LAS MARCAS Y SEÑALE EL CODIGO APROPIADO.	NORIDAY..... 01 EUGYNON..... 02 NEOGYNON 21/NEOGYNON 28..... 03 MICROGYNON 21/MICROGYNON 28..... 04 NORAL 21/NORAL 28..... 05 NORDETTE 21/NORDETTE 28 06 OVRAL 21..... 07 PERLA..... 08 LOFEMENAL..... 09 OTRA MARCA..... 10 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PSTA.
316	¿Cuánto le cuesta un ciclo (paquete) de pastillas anticonceptivas?	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> GRATIS..... 9997 NO SABE..... 9998	→ 319
317	LA MUJER O EL ESPOSO (COMPAÑERO) ESTAN USANDO METODO IRREVERSIBLE EL ESPOSO O COMPAÑERO 1 <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">↓</div> LA MUJER 2 <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right;">(PASE A 317D)</div>		
317A	¿En que mes y año operaron a su marido para no tener mas hijos?	MES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑO..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 98	
317B	¿Hasta donde usted sabe, su marido (compañero) está satisfecho de haberse hecho esta operación?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 317J
317C	¿Porqué no está satisfecho su marido (compañero) con esta operación?	DESEA UN (OTRO) HIJO..... 1 TUVO COMPLICACIONES..... 2 LA OPERACION FALLO..... 3 LA MUJER NO ESTUVO DE ACUERDO... 4 OTRO 5 (ESPECIFIQUE)	→ 317J
317D	¿En que mes y año la operaron a usted para no tener mas hijos?	MES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑO..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
317E	¿La operación se la hicieron durante una cesárea?	SI 1 NO 2	
317F	¿Está usted satisfecha de haberse hecho esta operación?	SI 1 NO 2	→ 317H
317G	¿Porqué no está usted satisfecha con esta operación?	ELLA DESEA UN (OTRO) HIJO..... 1 EL DESEA UN (OTRO) HIJO..... 2 TUVO PROBLEMAS CON EL MARIDO.... 3 LE AFECTO LA SALUD..... 4 LA OPERACION FALLO..... 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
317H	¿Ha recomendado Ud. esta operación a otras personas?	SI 1 NO 2	

NR	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
3171	¿Si usted no se hubiera hecho esta operación, se la haría ahora?	SI 1 NO 2	
3173	¿En donde (o en qué lugar) le operaron?	CLINICA/HOSPITAL MUNICIPIO DEPARTAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 322
318	Durante los últimos 12 meses ¿obtuvo usted algún método o recibió consejo en un hospital, centro de salud, clínica, consultorio médico, o de algun promotor de salud para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	→ 322
319	¿De dónde obtuvo ese método la última vez? EN CASO DE USO DE METODOS NATURALES ¿Dónde recibió consejos sobre el uso de éste método?	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT..... 03 CLINICA PRIVADA..... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 APROFAM..... 08 FARMACIA..... 09 PROMOTOR DE SALUD..... 10 DISTRIBUIDORA COMUNITARIA..... 11 OTRO SITIO 16 (ESPECIFIQUE)	→ 322
320	¿Hubo algo del servicio que recibió allí, que no le gustó?	SI 1 NO 2	→ 322
320A	¿Qué es lo que no le gustó?	DEMASIADA ESPERA 1 DESCORTESIA 2 CARO 3 NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO 4 OTRO 5 (ESPECIFICAR)	

322

VEA 221, 314, 317:



EMBARAZADA

2 ☐

(PASE A 339)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PÁG. 2.
323	¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO ACTUAL) continuamente?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> DESDE ÚLTIMO PARTO 97	
324	¿Ha tenido o tiene usted algún problema con el uso del (MÉTODO ACTUAL)?	SI 1 NO 2 → 326	
325	¿Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene con (MÉTODO ACTUAL)?	NO ES EFECTIVO..... 02 COMPAÑERO DESAPRUEBA..... 03 EFECTOS SECUNDARIOS..... 04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFÍCIL DE USAR O SE OLVIDA DE USAR..... 07 INTERFIERE CON EL SEXO..... 08 ES IRREVERSIBLE..... 11 OTRO 12 (ESPECIFICAR) NO SABE 98	
326	ELLA O EL ESTERILIZADO 1 <input type="text"/> (PASE A 328)	OTRO 2 <input type="text"/> ↓	
326A	¿Además de (MÉTODO ACTUAL) usa Ud. regularmente algún otro método?	SI 1 NO 2 → 328	
327	¿Cuál es ese método?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDOM..... 05 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS MÉTODOS 10 (ESPECIFIQUE)	
328	¿Han usado algún otro método o han hecho algo (desde el nacimiento de su último hijo) antes de usar (MÉTODO ACTUAL) para evitar un embarazo?	SI 1 NO 2 → 342	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
329	¿Qué método usó antes de (MÉTODO ACTUAL)?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDON..... 05 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO.... 07 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS MÉTODOS 10 (ESPECIFIQUE)	
330	¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO ANTERIOR AL ACTUAL -- MÉTODO EN 329)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
331	¿Por cuánto tiempo usó (MÉTODO ANTERIOR AL ACTUAL) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
332	¿Cuál fue la razón principal por la cual dejó de usar (MÉTODO ANTERIOR AL MÉTODO ACTUAL) en ese entonces?	MÉTODO FALLO 02 EL COMPAÑERO DESAPRUEBA..... 03 EFECTOS SECUNDARIOS..... 04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 05 COSTO MUY ALTO..... 06 ES DIFÍCIL DE USAR O SE OLVIDA DE USAR..... 07 INTERFIERE CON EL SEXO..... 08 CAMBIO DE MÉTODO..... 09 SEXUALMENTE INACTIVA..... 10 OTRO 12 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	342 339
333	VEA 208 Y MARQUE : ALGUN HIJO NACIDO VIVO 1. <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO NACIDO VIVO 2. <input type="checkbox"/> (PASE A 335)	
334	¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2	339

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A P6TA.
335	¿Cuál fue el último método que usó?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDON..... 05 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS 10 (ESPECIFICAR)	
336	¿En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO)? ANOTE MES Y AÑO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
337	¿Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
337A	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARAZARSE..... 01 METODO FALLO..... 02 EL COMPAÑERO DESAPRUEBA..... 03 EFECTOS SECUNDARIOS..... 04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR O SE OLVIDA.... 07 INTERFIERE CON SEXO 08 CAMBIO DE METODO 09 SEXUALMENTE INACTIVA..... 10 OTRO 12 (ESPECIFICAR) NO SABE 98	
338	VEA 221 NO ESTA EMBARAZADA 1 <input type="checkbox"/>	ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 339)	
338A	¿Señora, usted cree que puede quedar embarazada?	SI 1 → 338C NO 2 NO SABE 8 → 338C	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
338B	¿Porqué cree usted que no puede quedar embarazada?	MENOPAUSICA..... 01 FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y QUEDO ESTERIL..... 02 YA HACE 3 AÑOS QUE TRATA DE EMBARAZARSE SIN RESULTADO... 03 YA HACE 3 AÑOS NO UTILIZA CONTRACEPTIVOS Y NO QUEDA EMBARAZADA..... 04 DIETA..... 05 ESTA AMAMANTANDO..... 06 ES SEXUALMENTE INACTIVA..... 07 OTRO MOTIVO..... 08 (ESPECIFIQUE)	→342 →339
338C	¿Cuál es la razón principal para no utilizar un método actualmente?	DESEA EMBARAZARSE 01 ABSTINENCIA, POST-PARTO LACTANCIA 02 SEXUALMENTE INACTIVA 03 NO QUIERE, NO LE GUSTA 04 DESCONOCIMIENTO DE FUENTE DE ABASTECIMIENTO 05 ACCESO DIFÍCIL A MÉTODOS 06 MOTIVOS RELIGIOSOS 07 ESPOSO SE OPONE 08 PREOCUPACIONES POR LA SALUD ... 09 DIFÍCIL DE USAR..... 10 COSTO MUY ELEVADO..... 11 OTRO 12 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	→339
338D	¿Actualmente desea usted usar algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	→340
339	¿Piensa usted usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	→342

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
340	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 04 CONDON..... 05 MET. IRREVERSIBLE FEMENINO..... 06 MET. IRREVERSIBLE MASCULINO.... 07 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS..... 10 NO SABE, INDECISA..... 98	
341	¿Piensa usted usar (METODO PRE-FERIDO) en los próximos doce meses?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	
342	¿Escuchó alguna vez, por radio o vio por televisión un mensaje sobre planificación familiar ?	SI 1 NO 2 → 344	
343	¿Lo escuchó o vio una vez o más de una vez ?	UNA VEZ 1 MAS DE UNA 2	
344	¿Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	

346 VEA 213 Y 221. MARQUE SEGUN CORRESPONDA: HA TENIDO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1982 O EMBARAZADA ACTUALMENTE						NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1982 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE					
1 <input type="checkbox"/>						2 <input type="checkbox"/> (PASE A SECCION 5)					
347 Ahora quisiera obtener más información sobre (su embarazo y) los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. MARQUE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO SI ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA Y ANOTE ADENAS LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1982. DESPUES MARQUE SI USO O NO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO.											
VEA 346 NUNCA USO UN METODO 1 <input type="checkbox"/> (PREGUNTE 355 PARA CADA COLUMNA) ALGUNA VEZ USO UN METODO 2 <input type="checkbox"/> (PREGUNTE 349 A 354 PARA CADA COLUMNA)											
PREGUNTAS Y FILIOS	VER 221: EMBARAZADA ACTUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE NUMERO DE ORDEN	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE NUMERO DE ORDEN	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE NUMERO DE ORDEN	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE NUMERO DE ORDEN						
349 Antes de que Ud. quedara embarazada de (NOMBRE), pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ANTERIOR NACIDO VIVO) ¿uso algún método para no quedar embarazada, aunque sea por poco tiempo?	SI 1 NO 2 (PASE A 355) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 355) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 355) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 355) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 355) ←						
350 ¿Cual fue el último método que usó entonces?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 METODOS VAGINALES .. 04 CONDON 05 RITMO, BILLINGS..... 06 RETIRO 09 OTROS 10	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 METODOS VAGINALES .. 04 CONDON 05 RITMO, BILLINGS..... 06 RETIRO 09 OTROS 10	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 METODOS VAGINALES .. 04 CONDON 05 RITMO, BILLINGS..... 06 RETIRO 09 OTROS 10	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 METODOS VAGINALES .. 04 CONDON 05 RITMO, BILLINGS..... 06 RETIRO 09 OTROS 10	PILDORA 01 DIU 02 INYECCIONES 03 METODOS VAGINALES .. 04 CONDON 05 RITMO, BILLINGS..... 06 RETIRO 09 OTROS 10						
351 Me dijo Ud. que el último método que usó fue (METODO) ¿Usó otro antes de eso, entre (NOMBRE ULTIMO) y (ANTERIOR NACIDO VIVO)? SI "NINGUNO" ANOTE 00	METODO ANTERIOR	METODO ANTERIOR	METODO ANTERIOR	METODO ANTERIOR	METODO ANTERIOR						
352 ¿Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES AÑOS	MESES AÑOS	MESES AÑOS	MESES AÑOS	MESES AÑOS						
353 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	SI 1 (PASE A 356) ← NO 2	SI 1 (PASE A 356) ← NO 2	SI 1 (PASE A 356) ← NO 2	SI 1 (PASE A 356) ← NO 2	SI 1 (PASE A 356) ← NO 2						
354 ¿Cual fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	EMBARAZARSE 01 (PASE A SIGTE. COLUMNA) COMPAGERO DESAPRUEBA. 03 EFECTOS SECUNDARIOS.. 04 ACCESIBIL./DISPONIB.. 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR..... 07 INTERFIERE CON SEXO.. 08 SEXUALMENTE INACTIVA. 10 OTRO 12 NO SABE 98	EMBARAZARSE 01 (PASE A SIGTE. COLUMNA) COMPAGERO DESAPRUEBA. 03 EFECTOS SECUNDARIOS.. 04 ACCESIBIL./DISPONIB.. 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR..... 07 INTERFIERE CON SEXO.. 08 SEXUALMENTE INACTIVA. 10 OTRO 12 NO SABE 98	EMBARAZARSE 01 (PASE A SIGTE. COLUMNA) COMPAGERO DESAPRUEBA. 03 EFECTOS SECUNDARIOS.. 04 ACCESIBIL./DISPONIB.. 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR..... 07 INTERFIERE CON SEXO.. 08 SEXUALMENTE INACTIVA. 10 OTRO 12 NO SABE 98	EMBARAZARSE 01 (PASE A SIGTE. COLUMNA) COMPAGERO DESAPRUEBA. 03 EFECTOS SECUNDARIOS.. 04 ACCESIBIL./DISPONIB.. 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR..... 07 INTERFIERE CON SEXO.. 08 SEXUALMENTE INACTIVA. 10 OTRO 12 NO SABE 98	EMBARAZARSE 01 (PASE A 401) COMPAGERO DESAPRUEBA. 03 EFECTOS SECUNDARIOS.. 04 ACCESIBIL./DISPONIB.. 05 COSTO MUY ALTO..... 06 DIFICIL DE USAR..... 07 INTERFIERE CON SEXO.. 08 SEXUALMENTE INACTIVA. 10 OTRO 12 NO SABE 98						
355 ¿Antes de quedar embarazada de (NOMBRE), pensaba tener otro (un) hijo entonces, pensaba tener otro (un) hijo pero más tarde o pensaba no tener más hijos?	ENTONCES 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A LA SIGTE. COL.)	ENTONCES 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A LA SIGTE. COL.)	ENTONCES 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A LA SIGTE. COL.)	ENTONCES 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A LA SIGTE. COL.)	ENTONCES 1 MAS TARDE 2 NO MAS 3 (PASE A 401)						
356 ¿Querría usted tener ese hijo más tarde o ya no quería tener más hijos?	MAS TARDE 1 NO QUERIA MAS 2 (PASE A LA SIGTE. COL.)	MAS TARDE 1 NO QUERIA MAS 2 (PASE A LA SIGTE. COL.)	MAS TARDE 1 NO QUERIA MAS 2 (PASE A LA SIGTE. COL.)	MAS TARDE 1 NO QUERIA MAS 2 (PASE A LA SIGTE. COL.)	MAS TARDE 1 NO QUERIA MAS 2 (PASE A 401)						

* NOTA: EL "ULTIMO METODO" SE REFIERE SIEMPRE AL METODO INDICADO EN LA PREGUNTA 350.

401 VEA 213 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA :
UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE
ENERO DE 1982

1 ☐

402 ANOTE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO
EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE
CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1982.
COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.

NINGUN HIJO NACIDO VIVO
DESDE ENERO DE 1982

2 ☐

PASE A LA SECCION 5

PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> 1 2	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> 1 2	ANTE PENULTIMO N.V. NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> 1 2	ANTE ANTEPENULTIMO N.V. NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> 1 2
403¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le colocaron a Ud. alguna inyección para evitar que el niño tenga tétano?	SI 1→403B NO 2 NO SABE 3→404	SI 1→403B NO 2 NO SABE 3→404	SI 1→403B NO 2 NO SABE 3→404	SI 1→403B NO 2 NO SABE 3→404
403A ¿Porqué no le colocaron la inyección?	TEMIA ESTERILIDAD .. 1 NO CREIA NECESARIO . 2 NO SABIA DONDE OBTENERLO 3 OTRO MOTIVO 4 (PASE A 404)	TEMIA ESTERILIDAD .. 1 NO CREIA NECESARIO . 2 NO SABIA DONDE OBTENERLO 3 OTRO MOTIVO 4 (PASE A 404)	TEMIA ESTERILIDAD .. 1 NO CREIA NECESARIO . 2 NO SABIA DONDE OBTENERLO 3 OTRO MOTIVO 4 (PASE A 404)	TEMIA ESTERILIDAD .. 1 NO CREIA NECESARIO . 2 NO SABIA DONDE OBTENERLO 3 OTRO MOTIVO 4 (PASE A 404)
403B ¿Cuántas inyecciones le colocaron?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
403C ¿A los cuantos meses de embarazo le colocaron la primera inyección?	<input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	<input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	<input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	<input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98
403D ¿A dónde fué a que le colocaran la última inyección de tétano?	HOSP. PRIVADO.....01 HOSP. PUBLICO.....02 CLINICA PRIVADA.....04 CENTRO DE SALUD.....05 PUESTO DE SALUD.....06 IGSS.....07 FARMACIA.....09 PROMOTOR DE SALUD...10 OTRO SITIO.....16	HOSP. PRIVADO.....01 HOSP. PUBLICO.....02 CLINICA PRIVADA.....04 CENTRO DE SALUD.....05 PUESTO DE SALUD.....06 IGSS.....07 FARMACIA.....09 PROMOTOR DE SALUD...10 OTRO SITIO.....16	HOSP. PRIVADO.....01 HOSP. PUBLICO.....02 CLINICA PRIVADA.....04 CENTRO DE SALUD.....05 PUESTO DE SALUD.....06 IGSS.....07 FARMACIA.....09 PROMOTOR DE SALUD...10 OTRO SITIO.....16	HOSP. PRIVADO.....01 HOSP. PUBLICO.....02 CLINICA PRIVADA.....04 CENTRO DE SALUD.....05 PUESTO DE SALUD.....06 IGSS.....07 FARMACIA.....09 PROMOTOR DE SALUD...10 OTRO SITIO.....16
404¿Durante el embarazo de (NOMBRE), se hizo controlar por ese embarazo? <div>SI LA RESPUESTA ES "SI" INDAGUE Y ANOTE A LA PERSONA MAS CALIFICADA.</div> ¿Quién le controló por ese embarazo?	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLÓ..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLÓ..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLÓ..... 9	DOCTOR..... 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 OTRO..... 8 NO SE CONTROLÓ..... 9

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
405 ¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> SI LE ATENDIO MAS DE UNA PERSONA, ANOTE A LA MAS CALIFICADA. </div>	DOCTOR 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 FAMILIAR 7 OTRO 8 NADIE 9	DOCTOR 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 FAMILIAR 7 OTRO 8 NADIE 9	DOCTOR 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 FAMILIAR 7 OTRO 8 NADIE 9	DOCTOR 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR..... 3 COMADRONA..... 6 FAMILIAR 7 OTRO 8 NADIE 9
406 ¿Dio de mamar alguna vez a (NOMBRE)?	SI 1 (PASE A 407) ← NO 2	SI 1 (PASE A 408) ← NO 2	SI 1 (PASE A 408) ← NO 2	SI 1 (PASE A 408) ← NO 2
406A ¿Porqué nunca le dió de mamar a (NOMBRE)?	NIÑO MURIO..... 01 NIÑO ENFERMO..... 02 LECHE INSUFICIENTE..03 DEBIA TRABAJAR.....04 NIÑO NO QUERIA.....05 INCONVENIENTE.....06 LA MADRE ENFERMO...07 PEZON INVERTIDO O LESIONES.....08 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 409)	NIÑO MURIO..... 01 NIÑO ENFERMO..... 02 LECHE INSUFICIENTE..03 DEBIA TRABAJAR.....04 NIÑO NO QUERIA.....05 INCONVENIENTE.....06 LA MADRE ENFERMO...07 PEZON INVERTIDO O LESIONES.....08 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 409)	NIÑO MURIO..... 01 NIÑO ENFERMO..... 02 LECHE INSUFICIENTE..03 DEBIA TRABAJAR.....04 NIÑO NO QUERIA.....05 INCONVENIENTE.....06 LA MADRE ENFERMO...07 PEZON INVERTIDO O LESIONES.....08 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 409)	NIÑO MURIO..... 01 NIÑO ENFERMO..... 02 LECHE INSUFICIENTE..03 DEBIA TRABAJAR.....04 NIÑO NO QUERIA.....05 INCONVENIENTE.....06 LA MADRE ENFERMO...07 PEZON INVERTIDO O LESIONES.....08 OTRAS RAZONES.....12 (PASE A 409)
SI ESTA VIVO, PREGUNTE: 407 ¿Todavía le está dando de mamar a (NOMBRE)? SI HA FALLECIDO MARQUE "2" Y PASE A LA 408	SI 1 (PASE A 409) ← NO 2			
407A ¿Porqué dejó de darle de mamar?	NIÑO SE ENFERMO... 02 LECHE INSUFICIENTE. 03 DEBIA TRABAJAR.... 04 NIÑO NO QUERIA.... 05 INCONVENIENTE..... 06 LA MADRE ENFERMO... 07 LESIONES DE MAMA... 08 EDAD DE DESTETE... 09 QUEDO EMBARAZADA... 10 NIÑO CON DIARREA... 11 OTRAS RAZONES..... 12			

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
408 ¿Por cuántos meses dió de mamar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO ... 97	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO... 97	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO ... 97	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO ... 97
409 ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su menstruación?	NO LE HA VUELTO ... 97 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES	NO LE VOLVIO 97 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE A 411)	NO LE VOLVIO 97 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE A 411)	NO LE VOLVIO 97 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE A 411)
410 ¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI (O EMBARAZADA)... 1 NO 2 (PASE SIGTE.COL.) ←			
411 ¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE SIGTE.COL.) PREGUNTA 403	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE SIGTE.COL.) PREGUNTA 403	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES (PASE SIGTE.COL.) PREGUNTA 403	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES ↓
412 VEA 402 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> TIENE HIJOS SOBREVIVIENTES DE LOS NACIDOS DESPUES DE ENERO DE 1982 <input type="text"/> 1 ↓ </div> <div style="width: 45%;"> NO TIENE HIJOS SOBREVIVIENTES DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1982 <input type="text"/> 2 → (PASE A LA SECCION 5) </div> </div>				
413 ¿Sabe usted adónde puede llevar a vacunar a sus hijos? MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE LA MUJER MENCIONA		HOSPITAL PRIVADO..... 1 HOSPITAL PUBLICO..... 1 CLINICA PRIVADA..... 1 CENTRO DE SALUD..... 1 PUESTO DE SALUD..... 1 IGSS..... 1 FARMACIA..... 1 PROMOTOR DE SALUD..... 1 JORNADA DE VACUNACION..... 1 ESCUELA..... 1 OTRO SITIO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 1		

416 ANOTE LOS NOMBRES Y LA CONDICION DE SOBREVIVENCIA PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS DESPUES DE ENERO DE 1982. COMIENCE CON EL NACIMIENTO MAS RECIENTE. FORMULE LAS PREGUNTAS SOLAMENTE PARA LOS NIÑOS VIVOS ACTUALMENTE.				
	ULTIMO HIJO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO HIJO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTE ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO NOMBRE _____ NUMERO DE ORDEN <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
	SI (LO VIO)..... 1 SI (NO LO VIO)... 2 NO LO TIENE..... 3	SI (LO VIO)..... 1 SI (NO LO VIO)... 2 NO LO TIENE..... 3	SI (LO VIO)..... 1 SI (NO LO VIO)... 2 NO LO TIENE..... 3	SI (LO VIO)..... 1 SI (NO LO VIO)... 2 NO LO TIENE..... 3
418 SI LA ENTREVISTADA LE PERMITE VER EL CARNET DE VACUNACIONES DEL HIJO, ANOTE EL DIA, EL MES Y EL AÑO CORRESPONDIENTE A CADA VACUNACION. SI LOS DATOS OBTENIDOS PROVIENEN DEL CARNET ENCIERRE EL "1" CON UN CIRCULO AL LADO DE CADA FECHA.				
418A ¿Fue vacunado(a) contra la polio?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 419)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 419)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 419)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 419)
418B ¿Cuántas dosis?	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8
418C ANOTE LA FECHA DE CADA DOSIS	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>
419 ¿Fue vacunado(a) con la vacuna triple (DPT)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420)
419A ¿Cuántas dosis?	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8	UNA 1 DOS 2 TRES..... 3 NO SABE 8
419B ANOTE LA FECHA DE CADA DOSIS	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>
420 ¿Fue vacunado(a) contra el sarampión?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420B)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420B)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420B)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420B)
420A ANOTE FECHA DE LA VACUNACION Y DEL REFUERZO	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>	DIA MES AÑO C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 2px;"></div>

CONTINUE COMO EN LA PAGINA ANTERIOR	ULTIMO HIJO NACIDO VIVO	PENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO	ANTE ANTEPENULTIMO HIJO NACIDO VIVO
420B ¿Fue vacunado(a) contra la tuberculosis (BCG)? (La vacuna que deja cicatriz)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420D)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420D)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420D)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PROSIGA CON 420D)
420C ANOTE LA FECHA DE LA VACUNACION	DIA MES AÑO C [][] [][] [][][]	DIA MES AÑO C [][] [][] [][][]	DIA MES AÑO C [][] [][] [][][]	DIA MES AÑO C [][] [][] [][][]
420D VEA 418A, 419, 420 y 420B (VEA SI ALGUNA VEZ FUE VACUNADO O NO)	NINGUN "SI" → 421 UN "SI" O MAS → 422	NINGUN "SI" → 421 UN "SI" O MAS → 422	NINGUN "SI" → 421 UN "SI" O MAS → 422	NINGUN "SI" → 421 UN "SI" O MAS → 422
421 ¿Ha sido (NOMBRE) vacunado alguna vez para prevenir enfermedades?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8	SI 1 NO 2 NO SABE 8
422 ¿(NOMBRE) tuvo asientos en las últimas 24 horas?	SI 1 (PASE SGT. COL.) NO 2 NO SABE 8	SI 1 (PASE SGT. COL.) NO 2 NO SABE 8	SI 1 (PASE SGT. COL.) NO 2 NO SABE 8	SI 1 (PASE A 423C) NO 2 NO SABE 8
423 ¿(NOMBRE) tuvo asientos en las últimas dos semanas?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE SGT. COL.)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE SGT. COL.)	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE SGT. COL.)	SI 1 NO 2 NO SABE 8

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PETA.
423C	POR LO MENOS UN "SI" EN 422 O 423 1 <input type="checkbox"/> ↓	NINGUN "SI" EN 422 O 423 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 428	
423D	ANOTE NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DEL HIJO CON EL EPISODIO DE DIARREA MAS RECIENTE. SI DOS HIJOS HAN TENIDO DIARREA MAS O MENOS AL MISMO TIEMPO, REGISTRE SOLAMENTE LA INFORMACION DEL MAS PEQUEÑO.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
424	Ahora quisiera hacerle unas preguntas acerca de la última vez que (NOMBRE) tuvo asientos. ¿Hace cuántos días le empezaron los asientos?	NUMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
424A	¿Cuánto tiempo le duraron los asientos a (NOMBRE)?	NUMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
424B	¿Le dio de mamar a (NOMBRE) mientras él (ella) tuvo asientos?	SI 1 NO 2 HABIA DESTETADO: 3	
424C	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo asientos, Ud. le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de líquidos que normalmente le da?	AUMENTO 1 DISMINUYO 2 MANTUVO IGUAL CANTIDAD 3 NO SABE 4	
424E	¿Le dio usted suero casero de agua, azúcar y sal o sales de rehidratación oral en bolsita?	SUERO CASERO DE AGUA, AZUCAR Y SAL 1 → 424B SALES DE REHIDRATACION ORAL EN BOLSITAS 2 SALES Y SUEROS 3 NO UTILIZO 4 → 424J	
424F	¿Dónde aprendió a preparar las sales de rehidratación oral en bolsita?	HOSPITAL PRIVADO 01 HOSPITAL PUBLICO 02 CLINICA PRIVADA 04 CENTRO DE SALUD 05 PUESTO DE SALUD 06 IGSS 07 FARMACIA 09 PROMOTOR DE SALUD 10 OTRO 16 (ESPECIFIQUE)	
424G	¿Cuándo usted le dio (LAS SALES O EL SUERO CASERO) a (NOMBRE), él (ella) se mejoró, empeoró o permaneció igual?	MEJORO 1 EMPEORO 2 PERMANECIO IGUAL 3	

NR	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
424H	¿Qué cantidad por día de (SALES O SUERO CASERO) dió a usted a (NOMBRE) cuando tuvo asientos?	MENOS DE UN LITRO..... 1 APROXIMADAMENTE UN LITRO..... 2 MAS DE UN LITRO..... 3 OTRO 4 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
424I	¿Durante cuántos días le dió Ud. (LAS SALES O EL SUERO CASERO) a (NOMBRE)?	NUMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
424J	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo asientos, Ud. le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	AUMENTO..... 1 DISMINUYO..... 2 MANTUVO IGUAL CANTIDAD..... 3 TODAVIA NO COME..... 4 NO SABE..... 8	
424K	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo asientos, le dió Ud. algún tipo de medicamento (remedio)?	SI 1 NO 2	
425	¿Cuándo (NOMBRE) tuvo asientos, consultó con alguien o lo llevó a alguna parte para que recibiera tratamiento? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿ adonde lo llevo ?	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 CLINICA PRIVADA..... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 FARMACIA..... 09 CURANDERO O BRUJO..... 15 OTRO 16 NO CONSULTO CON NADIE..... 88	→ 427
426	¿Qué tratamiento recibió (NOMBRE)? MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE LA MUJER MENCIONA	INYECCION..... 1 INTRAVENOSA..... 1 MEDICAMENTOS..... 1 REHIDRATAACION ORAL..... 1 LIQUIDOS CASEROS 1 OTRO 1 (ESPECIFIQUE) NO RECIBIO TRATAMIENTO 1	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
427	VEA 424E Y 426 NO MENCIONO SALES DE REHIDRATACION 1 <input type="checkbox"/> ↓	MENCIONO SALES DE REHIDRATACION 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 432	
428	¿Alguna vez escuchó que existen sobres de sales de rehidratación o sobres de suero?	SI 1 NO 2	
429	¿Alguna vez ha visto algun sobre como uno de estos? (MUESTRE LOS SOBRES)	SI 1 NO 2	→ 501
430	¿Me puede decir para qué se utiliza este sobre?	DIARREA/DESHIDRATACION 1 OTRA RESPUESTA..... 2 NO SABE..... 3	→ 501
431	¿Ha usted utilizado uno de estos sobres ya sea para su(s) hijo(s) o para alguna otra persona?	UTILIZO PARA HIJO(S)..... 1 UTILIZO PARA OTRAS PERSONAS.... 2 UTILIZO PARA AMBOS..... 3 NUNCA LO HA UTILIZADO..... 4	→ 501
432	¿Usted cree que los sobres de suero se usan para curar los asientos o para evitar que el niño se deshidrate?	PARA CURAR LOS ASIENTOS 1 PARA EVITAR DESHIDRATACION 2 PARA LAS DOS COSAS 3 NO SABE 8	
432A	¿La ultima vez que usted preparó uno de estos sobres, que cantidad de agua utilizó?	MENOS DE UN LITRO..... 1 APROXIMADAMENTE UN LITRO..... 2 MAS DE UN LITRO..... 3 OTRO 4 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
432B	¿Utilizó usted agua hervida para preparar el contenido del sobre?	SI 1 NO 2	
432C	¿En qué preparó la mezcla de sales de rehidratación y agua?	OLLA U OTRO TRASTO DE METAL 1 JARRILLA O FRASCO DE VIDRIO 2 JARRILLA O FRASCO DE PLASTICO .. 3 OLLA U OTRO TRASTO DE BARRO 4 BOTELLA 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
432D	¿Cuándo usted prepara el suero, lo hace de nuevo cada día o usa el mismo suero por dos o más días?	NUEVO CADA DIA 1 USA DOS DIAS O MAS 2 OTRA RESPUESTA 3 (ESPECIFIQUE)	
433	¿De dónde puede usted obtener estos sobres? MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE LA MUJER MENCIONA	HOSPITAL PRIVADO..... 1 HOSPITAL PUBLICO..... 1 CLINICA PRIVADA..... 1 CENTRO DE SALUD..... 1 PUESTO DE SALUD..... 1 IGSS..... 1 FARMACIA O TIENDA..... 1 OTRA FUENTE 1 (ESPECIFIQUE) NO SABE 1	
434	¿Cuánto cuesta un sobre de éstos?	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> </div> GRATIS..... 888 NO SABE..... 998	
435	¿Tiene alguno de estos sobres en su casa?	SI 1 NO 2 → 501	
436	¿Puedo ver el sobre?	MUESTRA EL SOBRE..... 1 NO MUESTRA EL SOBRE..... 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PÁG. 1.
501	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez?	SI 1 NO 2 → 516	
502	¿Cuál es su estado civil actual?	CASADA 1 UNIDA 2 VIUDA 3 DIVORCIADA 4 SEPARADA 5	
503	¿Ha estado usted casada o unida mas de una vez?	UNA SOLA VEZ 1 MAS DE UNA VEZ 2	
504	¿En qué mes y año comenzó a vivir con su (primer) esposo (compañero)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO 98 → 506	
505	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	¿Están vivos el padre y la madre de Ud.?	SI NO NO SABE PADRE 1 2 8 MADRE 1 2 8	
507	¿Están vivos el padre y la madre de su (primer) esposo (compañero)?	SI NO NO SABE PADRE 1 2 8 MADRE 1 2 8	
508	VEA 506 Y 507 NO TODOS VIVEN O NO SABE 1 <input type="text"/> ↓	TODOS VIVEN 2 <input type="text"/> → 511	
509	¿Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. empezó a vivir junto a su (primer) esposo (compañero)?	SI NO PADRE DE MUJER 1 2 MADRE DE MUJER 1 2 PADRE (PRIMER) ESPOSO .. 1 2 MADRE (PRIMER) ESPOSO .. 1 2	
510	VEA 509 Y MARQUE ALGUN PADRE VIVO AL UNIRSE 1 <input type="text"/> ↓	NINGUN PADRE VIVO AL UNIRSE 2 <input type="text"/> → 514	
511	¿Cuando Ud. y su (primer) esposo (compañero) empezaron a vivir juntos ¿vivieron con alguno de sus padres o suegros, por lo menos durante seis meses?	SI 1 NO 2 → 513	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.
512	¿Durante cuantos años vivieron con sus padres o suegros (padres del primer esposo) en esa época?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA HOY..... 97	→514
513	¿Está viviendo ahora alguno de sus padres o suegros con usted?	SI 1 NO 2	
514	¿En cuántas localidades o ciudades ha vivido Ud. por seis meses o más desde que se casó (unió) (por primera vez)?	NUMERO DE LOCALIDADES <input type="text"/> <input type="text"/>	
516	¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? INDAGUE: ¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo que ver con alguien por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 NUNCA HA TENIDO RELACIONES..... 88 SE NIEGA A DAR INFORMACION..... 99	→524
516B VEA LA EDAD (108): ENTRE 25 Y 44 AÑOS 1 [] →PASE A 517 MENOS DE 25 AÑOS 2 [] →SIGA CON 516C			
516C	¿En qué mes y año tuvo esa primera relación? INDAGUE: ¿En qué mes y año tuvo que ver con alguien primera vez?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO 98	
516D	¿Durante esa primera vez, usted o su marido (compañero) usaron algún método anticonceptivo?	SI 1 NO 2	→516F
516E	¿Cual fué el método que usó?	PILDORA 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 INYECCIONES 03 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA..... 04 CONDON..... 05 RITMO, BILLINGS..... 08 RETIRO..... 09 OTROS METODOS..... 10	→517

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
516F	¿Porqué no utilizó ningún método?	NO ESPERABA TENER RELACIONES SEXUALES EN ESE MOMENTO... 1 NO CONOCIA NINGUN METODO..... 2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA..... 3 PENSO QUE NO PODIA QUEDAR EMBARAZADA..... 4 CREIA QUE ERA MALO PARA LA SALUD..... 5 CONOCIA METODOS PERO NO SABIA COMO USARLOS..... 6 OTROS MOTIVOS..... 7 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
517	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI 1 NO 2 → 519 NO RESPONDE 3 → 520	
518	¿Cuántas veces?	VECES <input type="text"/>	
519	¿Hace cuánto tiempo tuvo relaciones sexuales la última vez?	HACE: DIAS.....1 <input type="text"/> SEMANAS.....2 <input type="text"/> MESES3 <input type="text"/> AÑOS.....4 <input type="text"/> ANTES DEL ULTIMO PARTO.....97 NO RECUERDA.....98	→ 524
520	VEA : 221, 313, 317 EMBARAZADA 1 <input type="text"/> (PASE A 524)	NO EMBARAZADA O NO SABE 2 <input type="text"/> ↓ NO USANDO USANDO 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> ↓ (PASE A 524)	
522	Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas ¿Se sentiría contenta, triste o no le importaría ?	CONTENTA 1 TRISTE 2 NO LE IMPORTARIA 3 NO SABE 8	
524	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	NIÑOS MENORES DE 10 ... 51 NO 1 2 ESPOSO O COMPAÑERO..... 1 2 OTROS HOMBRES 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
601	VEA : 317 Y 502 MARIDO MUJER ESTERILIZADO ESTERILIZADA 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> L(PASE A 610)	OTROS CASOS 3 <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 <input type="checkbox"/> NO ESTA CASADA NI UNIDA 2 <input type="checkbox"/> → PASE A 612	
603	Ahora quisiera hacerle algunas pre- guntas sobre el futuro. VEA 221. NO EMBARAZADA 1 <input type="checkbox"/> ¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos? EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> ¿Después del hijo que está esperan- do, quisiera tener otro hijo o pre- feriría no tener más hijos?	QUIERE HIJO 1 → 606 NO QUIERE MAS HIJOS 2 MENOPAUSICA/ESTERIL 3 → 612 INDECISA O NO SABE 8 → 605	
604	¿Diría Ud. que definitivamente no quiere tener (más) hijos o no está segura?	DEFINITIVAMENTE NO MAS 1 NO ESTA SEGURA 2	→ 608A
605	¿Ud. se inclina más hacia tener un (otro) hijo o hacia no tener un (otro) hijo?	TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 → 607 NO TENER UN (OTRO) HIJO..... 2 INDECISA 8	→ 608A
606	¿Diría Ud. que definitivamente quiere tener más hijos o no está segura?	DEFINITIVAMENTE MAS 1 NO ESTA SEGURA 2	
607	¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?	MESES 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE 998	→ 608E
607A	VEA : 214 Y 221 ALGUN HIJO SOBREVIVIENTE Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE 1 <input type="checkbox"/> ↓	NINGUN HIJO SOBREVIVIENTE O ACTUALMENTE EMBARAZADA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 608E)	
608	¿Qué edad le gustaria que tuviera su hijo menor antes de tener otro hijo?	AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE 98	→ 608E

NR	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
608A	¿Pensaría Ud. en operarse para no tener más hijos?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	→608F →608F
608B	¿Sabe Ud. donde podría obtener información o consultar sobre este tipo de operación?	SI 1 NO 2	→612
608C	¿En qué lugar?	HOSPITAL PRIVADO..... 01 HOSPITAL PUBLICO..... 02 HOSPITAL ROOSEVELT..... 03 CLINICA PRIVADA..... 04 CENTRO DE SALUD..... 05 PUESTO DE SALUD..... 06 IGSS..... 07 APROFAM..... 08 OTRO SITIO..... 16 (ESPECIFIQUE)	
608D	¿Señora, Ud. ya tiene todos los hijos que desea, piensa en operarse y sabe de donde puede conseguir información relacionada con la operación. Porqué no ha ido a operarse hasta ahora? SI DA MAS DE UN MOTIVO, MARQUE SOLAMENTE EL MOTIVO PRINCIPAL	FALTA DE DINERO..... 01 RECHAZO DEL MEDICO..... 02 TRABAS INSTITUCIONALES..... 03 INTENCION DE ESTERILIZARSE CON EL PROXIMO PARTO..... 04 TEMOR A LA CIRUJIA..... 05 TEMOR A EFECTOS SECUNDARIOS.... 06 SERVICIO NO DISPONIBLE..... 07 OPUSICION DEL MARIDO..... 08 RAZONES MEDICAS..... 09 DESEA ESPERAR UN POCO..... 10 MOTIVOS RELIGIOSOS..... 11 OTRO..... 12 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→612
608E	¿Cuando Ud. tenga todos los hijos que quiere y esté segura de que no quiere tener más, pensaría usted en operarse para no tener mas hijos?	SI 1 NO 2 INDECISA..... 8	→612

NR	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PBTA.
608F	¿Porqué no pensaría en operarse?	TEMOR A LA CIRUJIA..... 01 TEMOR A EFECTOS SECUNDARIOS.... 02 PREFIERE METODOS REVERSIBLES... 03 INDECISA EN CUANTO AL NUMERO DE HIJOS..... 04 INFERTIL/SUB-FECUNDA/ MENOPAUSICA..... 05 OPOSICION DEL MARIDO..... 06 NO DESEA/NO LE GUSTA..... 07 MOTIVOS RELIGIOSOS..... 08 OTRO..... 09 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→612
610	¿Lamenta que Ud. (su esposo) haya sido operada (operado) para no tener más hijos?	SI 1 NO 2	→612
611	¿Le gustaria tener otro hijo o pre- fiere no tener más hijos?	QUISIERA TENER OTRO HIJO..... 1 NO QUISIERA OTRO HIJO..... 2 INDECISA O NO SABE 3	
612	VEA 202 Y 204: SIN HIJOS VIVOS 1 <input type="checkbox"/> Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? TIENE HIJOS VIVOS 2 <input type="checkbox"/> Si 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? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> RANGO : ENTRE ----- Y ----- OTRA RESPUESTA ----- (ESPECIFIQUE)	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.
701	VEA 501 Y MARQUE : ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE 1 <input type="checkbox"/>	SOLTERA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 715)	
	PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O COMPAÑERO ACTUAL O ULTIMO.		
702	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actual (último) esposo (compañero) ¿Fue a la escuela su esposo (compañero)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3	706
703	¿Cuál fue el último año de estudios que él aprobó?	PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 SUPERIOR 3 NO SABE 98	707
706	¿Puede (podía) él leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o no puede (podía) hacerlo?	CON FACILIDAD 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE (PODIA) HACERLO 3 NO SABE 8	
707	¿Cuál es (era) la principal ocupación que su esposo (compañero) tiene (tenía)? INDAGUE: ¿Qué cosas hace (hacía), qué tareas realiza (ba) el principalmente en su trabajo? NO TRABAJA (BA) 000	712
707A	¿En esa ocupación su esposo es (era)...? LEA LAS ALTERNATIVAS	PAIRON..... 1 EMPLEADO..... 2 OBRERO..... 3 TRABAJADOR INDEPENDIENTE..... 4 TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
708	MARQUE : NO TRABAJA (NO TRABAJA) EN AGRICULTURA O GANADERIA 1 <input type="checkbox"/>	TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA O GANADERIA 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 710)	
709	¿Gana (ganaba) él un sueldo o salario regularmente?	SI 1 NO 2 NO SABE..... 8	712

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.
710	¿Trabaja (trabajaba) él principal- mente en tierras propias o en tie- rras de sus familiares, o en tierras de otros?	TIERRA PROPIA O DE LA FAMILIA... 1 TIERRA DE OTROS 2 NO SABE 3	→712
711	¿Trabaja (trabajaba) él principal- mente por dinero o trabaja (traba- jaba) por una parte de las cosechas?	DINERO 1 PARTE DE LAS COSECHAS 2 AMBOS 3 OTRO 4	
712	Ahora quisiera que se contara sobre los trabajos que Ud. ha tenido. Antes que se uniera con su (primer) esposo (compañero) ¿alguna vez trabajó usted para ganar dinero en un lugar que no fuera de la familia?	SI 1 NO..... 2	→714
713	En esa época ¿la mayor parte de lo que ganaba fué para Ud. misma o lo daba a su familia?	PARA LA FAMILIA..... 1 PARA ELLA MISMA..... 2 UNA MITAD PARA ELLA, LA OTRA PARA LA FAMILIA..... 3	
714	¿Después que se unió con su (primer) esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó regularmente para ganar di- nero, en un lugar o una actividad que no fuera de la familia?	SI 1 NO 2	→717 →TER- MINE
715	¿Alguna vez ha trabajado Ud. para ganar dinero en un lugar que no fue- ra una finca o una actividad de la familia?	SI 1 NO 2	→TER- MINE
716	¿De lo que ha ganado, la mayor parte ha sido para usted misma o para su familia?	PARA LA FAMILIA..... 1 PARA ELLA MISMA..... 2 UNA MITAD PARA ELLA, LA OTRA PARA LA FAMILIA..... 3	
717	¿Trabaja Ud. actualmente para ganar dinero, siempre que no sea una actividad familiar?	SI 1 NO 2	TER- MINE

REGISTRE EL PESO Y LA TALLA DE CADA HIJO ENTRE 0 Y 36 MESES.
REGISTRE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE ORDEN DE CADA UNO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O MAS PEQUEÑO.

<p>NOMBRE _____</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO <input type="checkbox"/></p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE _____</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO <input type="checkbox"/></p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE _____</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO <input type="checkbox"/></p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>
<p>NOMBRE _____</p> <p>NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEXO (1) MASCULINO <input type="checkbox"/> (2) FEMENINO <input type="checkbox"/></p> <p>IMPOSIBLE DE REGISTRAR</p>	<p>MES DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PESO EN KILOS <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ESTATURA EN CENTIMETROS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>RAZON _____</p>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

RESPECTO A LA PERSONA ENTREVISTADA : -----

RESPECTO A LAS PREGUNTAS : -----

OTROS ASPECTOS : -----

=====

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

=====

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA DE DATOS

=====