

| SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------|-------|-------|-----------------|---|-------------|----------------|---|-------------|------------------------------|---|-------------|--------------------------------|---|-------------|---------------------------------|---|-------------|------------------------------|---|-------------|-------------------------------|---|-------------|--|
| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA | HORA..... <div></div> <div></div> MINUTOS..... <div></div> <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | ¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (LUGAR DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA | AÑOS..... <div></div> <div></div> SIEMPRE..... 95 → 104 VISITANTE 96 → 104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 103 | Antes de que usted viniera a vivir aquí ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en una ciudad, un pueblo, una aldea, un caserio o en el extranjero? | EN LA CAPITAL 1 UNA CIUDAD 2 UN PUEBLO 3 UNA ALDEA 4 UN CASERIO 5 EN EL EXTRANJERO 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | ¿En qué mes y año nació usted? | MES <div></div> <div></div> NO SABE EL MES 98 AÑO <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE EL AÑO 9998 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 105 | ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 104 Y 105. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <div></div> <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 | ¿Asistió usted alguna vez a la escuela? | SI..... 1 NO..... 2 → 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 107 | ¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que aprobó y en qué nivel? SONDEE: SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria? | <table><thead><tr><th></th><th>NIVEL</th><th>GRADO</th></tr></thead><tbody><tr><td>PREESCOLAR.....</td><td>1</td><td><div></div></td></tr><tr><td>PRIMARIA</td><td>2</td><td><div></div></td></tr><tr><td>SECUNDARIA CICLO COMÚN</td><td>3</td><td><div></div></td></tr><tr><td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO</td><td>4</td><td><div></div></td></tr><tr><td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA</td><td>5</td><td><div></div></td></tr><tr><td>SUPERIOR UNIVERSITARIA</td><td>6</td><td><div></div></td></tr><tr><td>POSTGRADO UNIVERSITARIO</td><td>7</td><td><div></div></td></tr></tbody></table> | | NIVEL | GRADO | PREESCOLAR..... | 1 | <div></div> | PRIMARIA | 2 | <div></div> | SECUNDARIA CICLO COMÚN | 3 | <div></div> | SECUNDARIA DIVERSIFICADO | 4 | <div></div> | SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 5 | <div></div> | SUPERIOR UNIVERSITARIA | 6 | <div></div> | POSTGRADO UNIVERSITARIO | 7 | <div></div> | |
| | NIVEL | GRADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREESCOLAR..... | 1 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | 2 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA CICLO COMÚN | 3 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA DIVERSIFICADO | 4 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 5 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPERIOR UNIVERSITARIA | 6 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POSTGRADO UNIVERSITARIO | 7 | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 109 | VEA EN 107 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PREESCOLAR, <div></div> OTRO NIVEL <div></div> 0, 1 ó 2 AÑOS DE PRIMARIA | | 113 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA A LA ENTREVISTADA SI LA 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 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO: 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGA/VISUALMENTE IMPEDIDA 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 111 | ¿Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetización o algún otro programa para aprender a leer o escribir, diferente de la escuela primaria? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | VERIFIQUE CÓDIGOS EN 110: CÓDIGOS <div></div> CÓDIGOS <div></div> 2, 3, Ó 4 1 Ó 5 | | 114 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | ¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico? | TODOS LOS DÍAS 1 CASI TODOS LOS DÍAS 2 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 3 UNA VEZ A LA SEMANA 4 ALGUNAS VECES AL MES 5 NUNCA 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 114 | ¿Cuántos días a la semana escucha usted radio? | TODOS LOS DÍAS 1 CASI TODOS LOS DÍAS 2 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 3 UNA VEZ A LA SEMANA 4 ALGUNAS VECES AL MES 5 NUNCA 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 115 | ¿Cuántos días a la semana mira usted televisión? | TODOS LOS DÍAS 1 CASI TODOS LOS DÍAS 2 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 3 UNA VEZ A LA SEMANA 4 ALGUNAS VECES AL MES 5 NUNCA 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|--------|
| 201 | Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas 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 o 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 (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA..... SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | |
| 204 | ¿Tiene usted alguna hija o hijo que está 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 (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA..... SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | |
| 206 | ¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún 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 (mujeres) han muerto? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS..... SI NINGUNO, ESCRIBA '00'. | |
| 208 | SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00" | TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00" | |
| 209 | VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL hijas e hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI NO → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO | | |
| 210 | VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS NINGÚN NACIDO VIVO | | 226 |

211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

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.
INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.
ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.

| O R D E N D E L N A C . | 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 único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc..) | ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer? | ¿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 NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA) | ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? 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 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>PRÓXIMO NACIMIENTO</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | |
| 02 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 03 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 04 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 05 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 06 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 07 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 08 | <div></div> <div>(NOMBRE)</div> | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div></div></div> <div>MES</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>AÑO</div> | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>↓</div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 <div><div></div><div></div></div> MESES..... 2 <div><div></div><div></div></div> AÑOS.....3 <div><div></div><div></div></div> | SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---|---|--|------------------------------------|--|--|--|---|
| O R D E N D E L N A C . | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | |
| | | | | | | SI ESTA VIVO | SI ESTA VIVO | SI ESTA VIVO | SI ESTA MUERTO | | |
| | ¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), (etc.) hijo? | ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc..) | ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer? | ¿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 NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA) | ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? 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 | | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div>MES</div><div></div><div></div><div></div><div>AÑO</div></div> | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS <div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div></div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS.....3 | SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| | 10 | | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div>MES</div><div></div><div></div><div></div><div>AÑO</div></div> | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS <div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div></div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS.....3 | SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| | 11 | | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div>MES</div><div></div><div></div><div></div><div>AÑO</div></div> | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS <div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div></div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS.....3 | SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 |
| 12 | | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div>MES</div><div></div><div></div><div></div><div>AÑO</div></div> | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS <div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div></div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS.....3 | SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 | |
| 13 | | ÚNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE... 1 MUJER..... 2 | <div><div></div><div>MES</div><div></div><div></div><div></div><div>AÑO</div></div> | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS <div></div> | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN <div></div> <div>221</div> | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS.....3 | SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2 | |
| 222 | | ¿Hubo algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS. | | | | | | | | SI..... 1 NO.... 2 | |
| 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) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220) <div><div></div><div></div><div></div></div> | | | | | | | | | |
| 223 B | | VEA 220: PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ANOTO 12 EN MESES O 01 EN AÑOS, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224. | | | | | | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ | |
| 223 C | | ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO. | | | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | |
| 224 | | VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2000. SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 226. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 225 | | PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2000 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN EL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. (NOTA: EL NÚMERO DE LETRAS 'E' SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N". | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN | | | |
| 301 Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo. | | | |
| 301A ¿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 CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. | | 302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)? | |
| 01 | ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) 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 | OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos. | SI 1 NO 2 | ¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2 |
| 03 | PASTILLAS /PÍLDORAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 04 | DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 05 | INYECCIONES PARA NO TENER HIJOS (DEPO - PROVERA) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 06 | IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 07 | CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 08 | TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 09 | MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 10 | RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 11 | MÉTODO DEL COLLAR (DÍAS FIJOS) El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas son los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que puede tener relaciones. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 12 | RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 13 | ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas. | SI 1 NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 14 | OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos? | SI 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO 2 | SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2 |
| 301B | PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301A. | | |
| 303 | VERIFIQUE EN 302 SI HA USADO ALGUNA VEZ: <div>NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/></div> <div>(NUNCA HA USADO) (HA USADO ALGUNA VEZ)</div> <div><div></div><div>→ 307</div></div> | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | |
|-------|--|--|--------|--|--|--|
| 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 | 306 | | | |
| 305 | ANOTE "0" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO | | | | | |
| 305A | PASE A → 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 evitar quedar embarazada. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00" | NÚMERO DE HIJO(A)S..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | |
| | | | | | | |
| 308 | VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <table><tr><td></td></tr></table> MUJER ESTERILIZADA <table><tr><td></td></tr></table> → 311A | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 309 | VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <table><tr><td></td></tr></table> 226 = 2, 8 EMBARAZADA <table><tr><td></td></tr></table> 226 = 1 → 322 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 310 | ¿Actualmente está usted o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada? | SI..... 1 NO..... 2 → 322 | | | | |
| 311 | ¿Qué método está(n) usando? CIRCULE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA | ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A → 316 OPERACIÓN MASCULINA B → 316 PASTILLAS..... C DIU..... D → 315 INYECCIONES..... E → 315 IMPLANTE O NORPLANT..... F → 315 CONDÓN..... G TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... H → 315 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... I → 319A RITMO..... J → 319A MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) K → 319A RETIRO..... L → 319A OTRO MÉTODO X → 319A (ESPECIFIQUE) | | | | |
| 311A | ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA. | | | | | |
| 312 | ¿Puedo ver el paquete de (pastillas/condones) que está usando? REGISTRE LA MARCA SI PUDO VER EL PAQUETE | VIO EL PAQUETE 1 MARCA: <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (ESPECIFIQUE) → 314 NO VIO EL PAQUETE 2 | | | | |
| | | | | | | |
| 313 | ¿Sabe usted la marca de (pastillas/condones) que está usando? REGISTRE LA MARCA | MARCA <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | | | | |
| | | | | | | |
| 314 | Cuántos (ciclos de pastillas/paquetes de condones) obtuvo la última vez? | NÚMERO DE CICLOS/PAQUETES <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE 998 | | | | |
| | | | | | | |
| 315 | La última vez que obtuvo (MÉTODO MÁS ALTO EN LA LISTA EN 311), ¿Cuánto pagó en total incluyendo costo del método y consulta? | COSTO <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> → 319A GRATIS 995 → 319A NO SABE 998 → 319A | | | | |
| | | | | | | |
| 316 | ¿Dónde tuvo lugar la 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 | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA DE ONG..... 24 OTRO PRIVADO: 30 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|--|
| 317 | <div>VERIFIQUE 311/311A</div> <div><div>CÓDIGO 'A' MARCADO<div></div></div><div>CÓDIGO 'B' MARCADO<div></div></div></div> <div><div>Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación?</div><div>Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo/compañero que no podría tener más hijos después de la operación?</div></div> | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 318 | ¿Cuánto pagó usted (su esposo/compañero) en total por la esterilización incluyendo el costo del método y la consulta? | <div>COSTO<div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>GRATIS9995</div> <div>NO SABE9998</div> | |
| 319 | ¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/esterilizaron? | MES <div></div> <div></div> | |
| 319A | ¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez? SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma ininterrumpida? | AÑO <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | |
| 320 | <div>VERIFIQUE EN 319/319A, 215 Y 230 SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACION DE EMBARAZO DESPUES DEL MES DEL COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCION</div> <div><div>NO<div></div></div><div>SI<div></div>→ 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)</div></div> | | |
| 321 | <div>VERIFIQUE 319/319A:</div> <div><div>EL AÑO ES 1999 O ANTES<div></div></div><div>EL AÑO ES 2000 O DESPUÉS<div></div></div></div> <div><div>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DEL 2000</div><div>ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZO A USARLO</div></div> <div><div>DESPUÉS PASE A → 331</div><div>DESPUÉS PASE A → 322</div></div> | | |
| 322 | <div>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada.</div> <div>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DEL 2000. USE LOS NOMBRES DE LO(A)S HIJO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</div> <div>ANOTE EN EL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO, O '0' PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO</div> <div>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?</div> | | |
| 323 | <div>VERIFIQUE 311 Y 311A:</div> <div>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</div> <div>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</div> | <div>NO CÓDIGOS MARCADOS..... 00 →</div> <div>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 →</div> <div>OPERACIÓN MASCULINA 02 →</div> <div>PASTILLAS..... 03</div> <div>DIU..... 04</div> <div>INYECCIONES..... 05</div> <div>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</div> <div>CONDÓN..... 07</div> <div>TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08</div> <div>MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 →</div> <div>RITMO..... 10 →</div> <div>MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 11 →</div> <div>RETIRO..... 12 →</div> <div>OTRO MÉTODO: 96 →</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | <div>333</div> <div>326</div> <div>335</div> <div>324A</div> <div>324A</div> <div>324A</div> <div>335</div> <div>335</div> |
| 324 | ¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo? | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS 12</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13</div> <div>CESAMO 14</div> <div>CESAR 15</div> <div>OTRO PÚBLICO: 16</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |
| 324A | ¿Dónde aprendió sobre el MELA/ritmo/collar? | <div>SECTOR MÉDICO PRIVADO</div> <div>HOSPITAL 21</div> <div>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22</div> <div>CLÍNICA PRIVADA..... 23</div> <div>CLÍNICA DE ONG 24</div> <div>CONSEJERIA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 25</div> <div>PULPERIA/SUPERMERCADO 26</div> <div>FARMACIA 27</div> <div>PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 28</div> <div>PARTERA 29</div> <div>OTRO PRIVADO: 30</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |
| | <div>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</div> <div>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</div> <div>NOMBRE</div> | <div>OTRA: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|--|--------|
| 333 | ¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar? | SI..... 1 NO..... 2 | 335 |
| 334 | ¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS DE LA INFORMANTE 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 DE LA SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO PÚBLICO: _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... I CLÍNICA/PUESTO DE ONG J CONSEJERIA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA K PULPERIA/SUPERMERCADO L FARMACIA M PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS N PARTERA O OTRO PRIVADO: _____ P (ESPECIFIQUE) OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) | |
| 335 | ¿En los últimos 12 meses ha sido visitada por una monitora de atención integral, guardián, o voluntario de salud que le habló sobre planificación familiar? | SI..... 1 NO..... 2 | |
| 336 | ¿En los últimos 12 meses ha visitado alguna clínica u hospital para el cuidado de su salud o la salud de su(s) hijo(s)? | SI..... 1 NO..... 2 | 338 |
| 337 | ¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar? | SI..... 1 NO..... 2 | |
| 338 | VERIFIQUE 105: 15 - 24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 - 49 AÑOS <input type="checkbox"/> | | 401 |
| 339 | ¿Ha asistido a charlas o cursos sobre educación sexual? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 | |

SECCIÓN 4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| 401 | VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> → PASE A 556 | | | |
| 402 | VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2000: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 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 Y 216: PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/> | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/> | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/> |
| 404 | DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> |
| 405 | Quando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento , quería esperar hasta más adelante , o no quería tener más hijos ? | EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← | EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 432) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 432) ← | EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 432) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 432) ← |
| 406 | ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar? | MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998 | MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998 | MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998 |
| 407 | Quando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE), ¿Vio a alguien para control prenatal? | SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 414) ← | | |
| 407A | ¿A quien vio para el control prenatal? SONDEE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE | MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE) | | |
| 408 | ¿Dónde recibió control prenatal para este 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 <input type="text"/> | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO: F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUESTO DE ONG J CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR K OTRO: X (ESPECIFIQUE) | | |
| 409 | ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control prenatal por primera vez? | MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98 | | |
| 410 | ¿Cuántas veces tuvo control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)? | Nº DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98 | | |
| 411 | En sus controles le hicieron algo de lo siguiente: | SI NO | | |
| A | ¿La pesaron? | PESARON..... 1 | 2 | |
| B | ¿La midieron (talla)? | LA MIDIERON..... 1 | 2 | |
| C | ¿Le tomaron la presión arterial? | PRESIÓN ARTERIAL..... 1 | 2 | |
| D | ¿Le hicieron un examen de orina? | EXAMEN DE ORINA..... 1 | 2 | |
| E | ¿Le hicieron un examen de sangre? | EXAMEN DE SANGRE..... 1 | 2 | |
| F | ¿Le midieron la barriga? | BARRIGA..... 1 | 2 | |
| G | ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé? | LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ 1 | 2 | |
| H | ¿Le dieron información sobre las formas en que se transmite el SIDA de la madre al hijo? | INFORMACIÓN FORMAS TRANSMISIÓN MADRE A HIJO 1 | 2 | |
| I | ¿Le ofrecieron hacerle prueba del SIDA? | OFRECIERON PRUEBA 1 | 2 | |
| 411.J | Durante cualquiera de sus controles prenatales ¿Le hicieron la prueba del SIDA? | SI..... 1 (PASE A 412) ← NO..... 2 | | |
| 411.K | ¿Alguna vez le hicieron la prueba del SIDA durante otro embarazo? | SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO MÁS EMBARAZOS 3 | | |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|-----|--|---|---|---|
| 412 | Durante cualquiera de sus controles prenatales, ¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 414) ← | | |
| 413 | ¿Le dijeron donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA.. 8 | | |
| 414 | Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna vacuna en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ← | | |
| 415 | Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica? SI 7 O MAS, REGISTRE 7 | VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8 | | |
| 416 | VERIFIQUE EN 415: NÚMERO DE VACUNAS | 2 O MÁS VECES <input type="text"/> (PASE A 421) OTRA <input type="text"/> | | |
| 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 (PASE A 421) ← | | |
| 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"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 421) ← NO SABE AÑO.....9998 | | |
| 420 | ¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes del embarazo de (NOMBRE)? | AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 421 | Durante este embarazo, ¿Tomó hierro en jarabe o pastillas? MUESTRE PASTILLAS/JARABE | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 423) ← | | |
| 422 | Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días tomó hierro en jarabe o pastillas? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO. | TOTAL DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998 | | |
| 423 | Durante este embarazo de (NOMBRE), ¿tomó algún medicamento contra los parásitos intestinales? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | | |
| 424 | Durante este embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | | |
| 425 | Durante este 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 (PASE A 435) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 435) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 435) ← |
| 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? | Kg. Grs. 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..... 99.998 | Kg. Grs. 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..... 99.998 | Kg. Grs. 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..... 99.998 |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|-----|--|--|--|--|
| 435 | <p>¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO</p> | MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y | MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y | MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y |
| 436 | <p>¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?</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>NOMBRE</p> | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 25 OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 443) ← | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 25 OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ← | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 25 OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ← |
| 437 | <p>¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?</p> | 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 | <p>¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?</p> | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 439 | <p>Después que (NOMBRE) nació, pero antes de haber sido dada de alta ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p> | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 442) ← | SI..... 1 (PASE A 455) ← NO..... 2 | SI..... 1 (PASE A 455) ← NO..... 2 |
| 440 | <p>¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo?</p> <p>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.</p> | 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 | <p>¿Quién la atendió en ese momento?</p> <p>SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MAS CAPACITADA</p> | MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA.... 3 PARTERA 4 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 452A) ← | | |
| 442 | <p>Después de haber sido dada de alta de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p> | SI..... 1 (PASE A 445) ← NO..... 2 (PASE A 452A) ← | SI 1 (PASE A 455) ← NO..... 2 (PASE A 455) ← | SI..... 1 (PASE A 455) ← NO..... 2 (PASE A 455) ← |
| 443 | <p>¿Por qué no tuvo a (NOMBRE) en un establecimiento de salud?</p> <p>SONDEE: ¿Alguna otra razón?</p> <p>REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS POR LA ENTREVISTADA</p> | MUY COSTOSO A ESTABLECIMIENTO CERRADC B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE C NO CONFIA EN EL SITIO/MALA CALIDAD DEL SERVICIO ... D NO HAY PERSONAL FEMENINO E ESPOSO/FAMILIA NO LO PERMITIÓ F NO ERA NECESARIO G NO ES LA COSTUMBRE H OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) | | |
| 444 | <p>Después que (NOMBRE) nació, ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p> | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ← | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|--|--|-------|----|----|-------|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|
| 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 atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LAS MAS CAPACITADA | MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 447 | ¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo? 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 | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 25 OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 448 | VERIFIQUE 442: | CÓDIGO "1" NO SE HIZO LA PREGUNTA <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 452A) ↓</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 449 | En los dos meses siguientes al nacimiento de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó la salud a (NOMBRE)? | SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 452A) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 449A | La razón por la cual le hicieron el primer chequeo a (NOMBRE) fue: B ¿Estaba enfermo? C ¿Para control de crecimiento? D ¿Para vacunas? E ¿Otra razón? | <table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS/NR</td></tr><tr><td>ENFERMO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>CONTROL</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>VACUNAS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>OTRA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table> | | | | SI | NO | NS/NR | ENFERMO | 1 | 2 | 8 | CONTROL | 1 | 2 | 8 | VACUNAS | 1 | 2 | 8 | OTRA | 1 | 2 | 8 |
| | SI | NO | | | NS/NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMO | 1 | 2 | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTROL | 1 | 2 | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACUNAS | 1 | 2 | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 450 | ¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo lugar el 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 451 | ¿Quién la atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MAS CAPACITADA | MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 452 | ¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 25 OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO LUGAR: 96 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|------|---|---|---|--|
| 452A | Durante el embarazo, parto o postparto, de (NOMBRE), usted presentó alguno de los siguientes problemas: | <div>SI NO</div> <div>HEMORRAGIA1 2</div> <div>HIPERTENSIÓN1 2</div> <div>INFECCIÓN1 2</div> <div>PARTO PROLONGADO ...1 2</div> <div>OTRA COMPLICACIÓN1 2</div> | | |
| | B ¿Hemorragias? | | | |
| | C ¿Hipertensión? | | | |
| | D ¿Infección? | | | |
| | E ¿Trabajo de parto prolongado? | | | |
| | F ¿Alguna otra complicación? | | | |
| 453 | Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? | SI..... 1 NO..... 2 | | |
| | MOSTRAR CÁPSULA | | | |
| 454 | ¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)? | SI..... 1 <input type="text"/> (PASE A 456) ← NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 457) ← | | |
| 455 | ¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo? | | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 459) ← | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (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: | <div>NO EMBARAZADA EMBARAZADA O INSEGURA</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>↓ ↓</div> <div> (PASE A 459)</div> | | |
| 458 | ¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)? | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 460) ← | | |
| 459 | ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? | 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 |
| | SI MENOS DE UN MES ANOTE '00' | | | |
| 460 | ¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)? | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 467) ← | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 467) ← | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 467) ← |
| 461 | ¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? | INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS. | | | |
| 462 | Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna? | SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 464) ← | | |
| 463 | ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? | AGUA SOLA..... A LECHE DE VACA..... B LECHE DE LATA/EN POLVO.... C LECHE DE CABRA..... D AGUA AZUCARADA..... E SOLUCIÓN DE AGUA/SAL/ AZÚCAR F JUGOS DE FRUTAS..... G TÉ/INFUSIÓN..... H OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z | | |
| | SONDEE: ¿Algo más? | | | |
| | MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE | | | |
| 464 | VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO | <div>VIVO MUERTO</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>↓ ↓</div> <div> (PASE A 466)</div> | | |
| 465 | ¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)? | SI..... 1 <input type="text"/> (PASE A 468) ← NO..... 2 | | |
| 466 | ¿Durante cuántos meses le dio usted el pecho a (NOMBRE)? | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVÍA AMAMANTA 95 NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVÍA AMAMANTA 95 NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVÍA AMAMANTA 95 NO SABE..... 98 |
| | SI MENOS DE UN MES ANOTE '00' | | | |
| 467 | VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: | <div>VIVO MUERTO</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>↓ ↓</div> <div>(PASE A 470) (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div> | <div>VIVO MUERTO</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>↓ ↓</div> <div>(PASE A 470) (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div> | <div>VIVO MUERTO</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>↓ ↓</div> <div>(PASE A 470) (REGRESE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MÁS PASE A 501)</div> |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------|---|---|--|--|----|----|-------------------------|---|---|------------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|--|--|----|----|-------------------------|---|---|------------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|
| 468 | ¿Cuántas veces le dio el pecho 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 dio el pecho 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 (pepe)? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 471 | ¿Está (NOMBRE) en control de peso con la monitora o voluntaria de salud de su comunidad? | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 474) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 474) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 474) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 472 | ¿Cada cuánto lleva a (NOMBRE) a control de peso? | CADA MES 1 CADA DOS MESES 2 CADA TRES MESES 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) | CADA MES 1 CADA DOS MESES 2 CADA TRES MESES 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) | CADA MES 1 CADA DOS MESES 2 CADA TRES MESES 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 473 | ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a llevarlo(a) a las sesiones de peso con la monitora o voluntaria de salud? | MESES <input type="text"/> <input type="text"/> | MESES <input type="text"/> <input type="text"/> | MESES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 474 | (NOMBRE) tiene alguno de los siguientes problemas de salud: A ¿Dificultades en la visión? B ¿Problemas para moverse o caminar? C ¿Problemas para oír o escuchar? D ¿Retraso mental? | <table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA MOVERSE ...</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>1</td><td>2</td></tr></table> | | SI | NO | DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | PROB. PARA OIR | 1 | 2 | RETRASO MENTAL | 1 | 2 | <table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA MOVERSE ...</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>1</td><td>2</td></tr></table> | | SI | NO | DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | PROB. PARA OIR | 1 | 2 | RETRASO MENTAL | 1 | 2 | <table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA MOVERSE ...</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>1</td><td>2</td></tr></table> | | SI | NO | DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | PROB. PARA OIR | 1 | 2 | RETRASO MENTAL | 1 | 2 |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA OIR | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RETRASO MENTAL | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA OIR | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RETRASO MENTAL | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIF. EN LA VISIÓN | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA MOVERSE ... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROB. PARA OIR | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RETRASO MENTAL | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 475 | VERIFIQUE 215 Y 217: FECHA NACIMIENTO Y EDAD: "09" MESES A "35" MESES | <table><tr><td>0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482</td><td>09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479</td><td>16-35 MESES <input type="text"/> ↓</td></tr></table> | 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | <table><tr><td>0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482</td><td>09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479</td><td>16-35 MESES <input type="text"/> ↓</td></tr></table> | 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | <table><tr><td>0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482</td><td>09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479</td><td>16-35 MESES <input type="text"/> ↓</td></tr></table> | 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482 | 09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479 | 16-35 MESES <input type="text"/> ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 476 | Cuando (NOMBRE) hace cosas que le gustan, como hablar con quienes lo(a) cuidan, jugar con juguetes, o mirar figuras o fotos, ¿presta atención durante por lo menos un minuto? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 477 | Cuando (NOMBRE) quiere algo, ¿puede hacerse entender con palabras o gestos, como por ejemplo "tomándola de la mano y llevándola a la puerta" o diciendo "agua"? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 478 | ¿Puede (NOMBRE) decir con palabras simples lo que le gusta y lo que no le gusta, por ejemplo, "quiero agua" o "no quiero más"? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 479 | Cuando (NOMBRE) ve a las personas que lo(a) cuidan, ¿generalmente se pone contento(a)? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 480 | Cuando (NOMBRE) quiere algo, ¿se hace entender señalando lo que quiere, pidiendo que lo(a) alcen o haciendo sonidos especiales? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 481 | Cuando alguien habla o juega con (NOMBRE), ¿responde con palabras, o sonidos o gestos? | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 482 | | 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 DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS, PASE A 501 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 501 | VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2000: * ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000. 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. | | | |
| 502 | VEA EN 212 Y 216: | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> |
| 503 | DE 216, SI ESTÁ VIVO O MUERTO | <div><div>VIVO</div><div>MUERTO</div><div><div></div><div></div></div><div>(PASE A 503 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</div></div> | <div><div>VIVO</div><div>MUERTO</div><div><div></div><div></div></div><div>(PASE A 503 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</div></div> | <div><div>VIVO</div><div>MUERTO</div><div><div></div><div></div></div><div>(PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)</div></div> |
| 504 | ¿Tiene usted el Carné de Vacunación o comprobante de vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verlo por favor? | SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE 3 | SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE 3 | SÍ, VISTO..... 1 (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 (PASE A 508) ← NO TIENE 3 |
| 505 | ¿Tuvo usted alguna vez un Carné de Vacunación o comprobante de vacunas 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 DEL CARNÉ DE VACUNACIÓN Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2. ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI EL CARNÉ DE VACUNACIÓN MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA. VACUNAS BCG POLIO 0 POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 / PENTA 1 DPT 2 / PENTA 2 DPT 3 / PENTA 3 SRP (SARAMPIÓN) VITAMINA A DOSIS MÁS RECIENTE SEGUNDA MÁS RECIENTE | <div><div>DÍA MES AÑO</div><div>BCG <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 0 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>SRP <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div></div> | <div><div>DÍA MES AÑO</div><div>BCG <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 0 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>SRP <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div></div> | <div><div>DÍA MES AÑO</div><div>BCG <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 0 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>P 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>D 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>SRP <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>V A-R2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div></div> |
| 507 | ¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en este Carné de Vacunación o comprobante, incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación? REGISTRE "SI" SOLAMENTE PARA QUIENES MENCIONAN VACUNAS INCLUIDAS EN LA PREGUNTA ANTERIOR | SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 510) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510) ← | SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 510) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510) ← | SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (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 campañas 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 (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509E) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509E) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509E) ← |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/> |
|------|---|---|---|---|
| 509C | ¿(NOMBRE) recibió la primera dosis contra la POLIO en las primeras 2 semanas de nacido o más adelante? | PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS ADELANTE 2 | PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS ADELANTE 2 | PRIMERAS 2 SEMANAS 1 MÁS ADELANTE 2 |
| 509D | ¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO a (NOMBRE)? | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 |
| 509E | ¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT/ PENTA, que es una inyección que se pone en las nalgas o en el muslo, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509G)← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509G)← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509G)← |
| 509F | ¿Cuántas veces le pusieron la vacuna DPT/PENTA a (NOMBRE)? | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 |
| 509G | ¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el sarampión? | 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 VACUNADO ÚLTIMOS 2 AÑOS 3 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO VACUNADO ÚLTIMOS 2 AÑOS 3 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO VACUNADO ÚLTIMOS 2 AÑOS 3 NO SABE..... 8 (PASE A 512) ← |
| 511 | ¿En cuáles campañas nacionales de vacunación recibió (NOMBRE) vacunas? REGISTRE TODAS LAS MENCIONADAS | CAMPAÑA POLIO - 2003 A CAMPAÑA POLIO/SRP - 2004 B CAMPAÑA POLIO - 2005 C OTRA CAMPAÑA D NO SABE..... Z | CAMPAÑA POLIO - 2003 A CAMPAÑA POLIO/SRP - 2004 B CAMPAÑA POLIO - 2005 C OTRA CAMPAÑA D NO SABE..... Z | CAMPAÑA POLIO - 2003 A CAMPAÑA POLIO/SRP - 2004 B CAMPAÑA POLIO - 2005 C OTRA CAMPAÑA D NO SABE..... Z |
| 512 | VERIFIQUE 506 APARECE FECHA PARA DOSIS DE VITAMINA A | APARECE FECHA PARA DOSIS MAS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 514) | APARECE FECHA PARA DOSIS MAS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 514) | APARECE FECHA PARA DOSIS MAS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="text"/> (PASE A 514) |
| 513 | Según el Carné de Vacunación, (NOMBRE) recibió una dosis de Vitamina A (como ésta/alguna de éstas) en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE DEL CARNÉ) ¿Ha recibido (NOMBRE) otra dosis de VITAMINA A desde esa fecha? | SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 515A) ← | SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 515A) ← | SI..... 1 (PASE A 515) ← NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 515A) ← |
| 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 515A) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 515A) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 515A) ← |
| 515 | ¿Hace cuántos meses que (NOMBRE) tomó la última dosis? | NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 |
| 515A | ¿Tiene usted la Tarjeta del Niño y Niña o tarjeta de peso de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla por favor? | SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 516) ← | SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 516) ← | SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE 3 (PASE A 516) ← |
| 515B | REGISTRE NÚMERO DE CONTROLES Y/O PUNTOS MARCADOS EN LA CURVA | NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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) ← |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ |
|------|---|--|---|---|
| 518A | ¿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 |
| 519 | Durante la diarrea, ha tenido/tuvo (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias: | <div>SI NO NS</div> | <div>SI NO NS</div> | <div>SI NO NS</div> |
| A | ¿Adormecimiento/inconsciencia? | ADORMECIMIENTO 1 2 8 | ADORMECIMIENTO 1 2 8 | ADORMECIMIENTO 1 2 8 |
| B | ¿Intranquilidad/irritabilidad? | INTRANQUILIDAD 1 2 8 | INTRANQUILIDAD 1 2 8 | INTRANQUILIDAD 1 2 8 |
| C | ¿Dificultad para tomar líquidos? | DIF. TOMAR LÍQUIDOS ... 1 2 8 | DIF. TOMAR LÍQUIDOS ... 1 2 8 | DIF. TOMAR LÍQUIDOS ... 1 2 8 |
| D | ¿Piel reseca o arrugada? | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 |
| E | ¿Ojos hundidos y sin lágrimas? | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 |
| F | ¿Mollera hundida? | MOLLERA HUNDIDA 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA 1 2 8 |
| G | ¿Boca seca? | BOCA SECA 1 2 8 | BOCA SECA 1 2 8 | BOCA SECA 1 2 8 |
| H | ¿Vómito/Vasca? | VÓMITO/VASCA 1 2 8 | VÓMITO/VASCA 1 2 8 | VÓMITO/VASCA 1 2 8 |
| I | ¿No orinaba? | NO ORINABA 1 2 8 | NO ORINABA 1 2 8 | NO ORINABA 1 2 8 |
| J | ¿Sed intensa? | SED INTENSA 1 2 8 | SED INTENSA 1 2 8 | SED INTENSA 1 2 8 |
| 520 | Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dio 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 comida 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 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8 | MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8 | MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8 |
| 522 | ¿Buscó usted consejo o tratamiento 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 para la diarrea? 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 _____ NOMBRE | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL ... F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO _____ I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL ... F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO _____ I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL ... F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO _____ I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) |
| 524 | VERIFIQUE EN 523 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS | <div>DOS O MÁS CÓDIGOS</div> <div><div></div></div> <div>SÓLO UN CÓDIGO</div> <div><div></div></div> <div>(PASE A 526)</div> | <div>DOS O MÁS CÓDIGOS</div> <div><div></div></div> <div>SÓLO UN CÓDIGO</div> <div><div></div></div> <div>(PASE A 526)</div> | <div>DOS O MÁS CÓDIGOS</div> <div><div></div></div> <div>SÓLO UN CÓDIGO</div> <div><div></div></div> <div>(PASE A 526)</div> |
| 525 | ¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 523 | PRIMER LUGAR <div></div> | PRIMER LUGAR <div></div> | PRIMER LUGAR <div></div> |
| 526 | ¿Cuántos días después de que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE '00' | DÍAS <div></div> <div></div> | DÍAS <div></div> <div></div> | DÍAS <div></div> <div></div> |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|------|--|---|---|---|
| 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 dio a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral o LITROSOL? B ¿Otros líquidos envasados o sueros comerciales (Pedialite, Oralite)? | <div>SI NO NS</div> <div>LITROSOL.....1 2 8</div> <div>OTROS LÍQUIDOS O SUEROS1 2 8</div> | <div>SI NO NS</div> <div>LITROSOL.....1 2 8</div> <div>OTROS LÍQUIDOS SUEROS 1 2 8</div> | <div>SI NO NS</div> <div>LITROSOL.....1 2 8</div> <div>OTROS LÍQUIDOS SUEROS 1 2 8</div> |
| 528D | VERIFIQUE EN 528A SI EL NIÑO RECIBIÓ LITROSOL (CÓDIGO '1' CIRCULADO) | <div>NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 529)</div> | <div>NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 529)</div> | <div>NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 529)</div> |
| 528E | ¿Por qué no le dio LITROSOL? CIRCULE UNA SOLA RESPUESTA | NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO .. 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98 | NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO . 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98 | NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO .. 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98 |
| 529 | ¿Le dio algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea? | 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 dio para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS | PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) | PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) | PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) |
| 531 | VERIFIQUE EN 530 SI EL NIÑO RECIBIÓ ZINC (CÓDIGO 'C' CIRCULADO) | <div>CÓDIGO 'C' CÓDIGO 'C' CIRCULADO NO CIRCULADO</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 533)</div> | <div>CÓDIGO 'C' CÓDIGO 'C' CIRCULADO NO CIRCULADO</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 533)</div> | <div>CÓDIGO 'C' CÓDIGO 'C' CIRCULADO NO CIRCULADO</div> <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> <div>(PASE A 533)</div> |
| 532 | ¿Cuántas veces le dio Zinc a (NOMBRE)? | VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98 | VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98 | VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98 |
| 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 (PASE A 537) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 537) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 537) ← |
| 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 (PASE A 538) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 538) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 538) ← |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ |
|-----|--|--|--|--|
| 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 (PASE A 538) ← | SÓLO PROBLEMA CON PECHO 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ 3 OTRO: 6 NO SABE 8 (PASE A 538) ← | SÓLO PROBLEMA CON PECHO 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ 3 OTRO: 6 NO SABE 8 (PASE A 538) ← |
| 537 | VERIFIQUE EN 533 SI EL NIÑO(A) TUVO FIEBRE | SI TUVO FIEBRE <div></div> NO TUVO/ NO SABE <div></div> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553) | SI TUVO FIEBRE <div></div> NO TUVO/ NO SABE <div></div> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553) | SI TUVO FIEBRE <div></div> NO TUVO/ NO SABE <div></div> (PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MAS, PASE A 553) |
| 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 dió mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos? | MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8 | MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8 | MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 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 (PASE A 545) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 545) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 545) ← |
| 541 | ¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos)? INDAGUE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CIRCULO 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 NOMBRE _____ | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PUBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE) | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PUBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE) | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PUBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE) |
| 542 | VERIFIQUE EN 541 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS | DOS O MÁS CÓDIGOS <div></div> SÓLO UN CÓDIGO <div></div> (PASE A 544) | DOS O MÁS CÓDIGOS <div></div> SÓLO UN CÓDIGO <div></div> (PASE A 544) | DOS O MÁS CÓDIGOS <div></div> SÓLO UN CÓDIGO <div></div> (PASE A 544) |
| 543 | ¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 541 | PRIMER LUGAR..... <div></div> | PRIMER LUGAR..... <div></div> | PRIMER LUGAR..... <div></div> |
| 544 | ¿Cuántos días después de que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento? | DÍAS <div></div> <div></div> | DÍAS <div></div> <div></div> | DÍAS <div></div> <div></div> |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ |
|-----|---|---|---|---|
| 545 | ¿(NOMBRE) todavía está enfermo(a) con fiebre o 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 <div>(PASE A 552) ←</div> | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <div>(PASE A 552) ←</div> | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 <div>(PASE A 552) ←</div> |
| 547 | ¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro medicamento? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA _____ G (ESPECIFIQUE) ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M PAÑOS HUMEDOS PARA LA FIEBRE N REMEDIOS CASEROS O BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) P AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUI NO SABE Z | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA _____ G (ESPECIFIQUE) ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M PAÑOS HUMEDOS PARA LA FIEBRE N REMEDIOS CASEROS O BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) P AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUI NO SABE Z | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA _____ G (ESPECIFIQUE) ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M PAÑOS HUMEDOS PARA LA FIEBRE N REMEDIOS CASEROS O BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) P AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUI NO SABE Z |
| 548 | VERIFIQUE EN 547 SI ALGUNO DE LOS CÓDIGOS DE LA "A" A LA "H" FUE CIRCULADO | ALGUNO CIRCULADO <div></div> NINGUNO CIRCULADO <div></div> <div></div> <div>(PASE A 503 EN PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)</div> | ALGUNO CIRCULADO <div></div> NINGUNO CIRCULADO <div></div> <div></div> <div>(PASE A 503 EN PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)</div> | ALGUNO CIRCULADO <div></div> NINGUNO CIRCULADO <div></div> <div></div> <div>(PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MAS, PASE A 553)</div> |
| 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 | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H NINGUNO EN CASA X | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H NINGUNO EN CASA X | MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H NINGUNO EN CASA X |
| 552 | | REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 553 | REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 553 | PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS, PASE A 553 |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---------|-------------------|----|---------|-----------------|---|---|---|----------------------|---|---|-------------------|------------------------------|---|---|----|-----------------------|---------|----|----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 553 | VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN EL 2000 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE _____ DEL MÁS PEQUEÑO _____ | NINGUNO <input type="checkbox"/> | 556 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 554 | ¿La última vez que (NOMBRE) hizo pupú, usted qué hizo con las heces (materias fecales)? | 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 ENTERRÓ 05 LA DEJÓ AL AIRE LIBRE 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 555 | VERIFIQUE 528A Y 528B, TODOS LOS NIÑO(A)S: NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (LITROSOL) U OTROS SUEROS O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> | ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (LITROSOL) U OTROS SUEROS <input type="checkbox"/> | 557 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 556 | ¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado LITROSOL que se puede usar para el tratamiento de la diarrea? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 557 | VERIFIQUE 215 Y 218: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 2002 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA <input type="checkbox"/> UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO Y CONTINÚE CON 558 _____ | NINGUNO <input type="checkbox"/> | 567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 558 | 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 en polvo para bebé? C ¿Alimentos fortificados? D ¿Alguna (otra) avena o poleada? | <table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO SABE</td></tr><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 POLEADA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table> | | SI | NO | NO SABE | AGUA SOLA | 1 | 2 | 8 | LECHE EN POLVO | 1 | 2 | 8 | ALIMENTOS FORTIFICADOS | 1 | 2 | 8 | AVENA O POLEADA | 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 POLEADA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 559 | 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. A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal? B ¿Café o té? C ¿Refrescos en botella o jugos en lata o en cartón? D ¿Otros líquidos? E ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos? F ¿Calabaza, zanahorias, ayote u otras frutas con interior de color amarillo o naranja? G ¿Papa, ñame, yuca, casave o alguna otra comida hecha de raíces? H ¿Brocoli, espinaca, acelgas, chipilin u otro vegetal verde? I ¿Mangos maduros, papayas, zapote, melón? J ¿Otras frutas o vegetales? K ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos? L ¿Carne de res, cerdo, cordero, cabra, conejo, carne de monte? M ¿Pollo, pato u otras aves? N ¿Huevos? O ¿Pescado seco o fresco, mariscos? P ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes o lentejas? Q ¿Algunas nueces? R ¿Queso, yogurth u otro producto de leche? S ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa o mantequilla? T ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería? U ¿Alguna otra comida sólida o semi-sólida? | <table><tr><td></td><td colspan="3">NIÑO</td><td colspan="3">MADRE</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">(NOMBRE) tomó/comió:</td><td colspan="3">Usted tomó/comió:</td></tr><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO SABE</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO SABE</td></tr><tr><td>A</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>B</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>C</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>D</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>E</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>F</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>G</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>H</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>I</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>J</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>K</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>L</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>M</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>N</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>O</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>P</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Q</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>R</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>S</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>T</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>U</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td colspan="3"></td></tr></table> | | NIÑO | | | MADRE | | | | (NOMBRE) tomó/comió: | | | Usted tomó/comió: | | | | SI | NO | NO SABE | SI | NO | NO SABE | A | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | B | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | C | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | D | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | E | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | F | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | G | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | H | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | I | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | J | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | K | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | L | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | M | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | N | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | O | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | P | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | Q | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | R | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | S | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | T | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | U | 1 | 2 | 8 | | | | |
| | NIÑO | | | MADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (NOMBRE) tomó/comió: | | | Usted tomó/comió: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | NO SABE | SI | NO | NO SABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| U | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 560 | VERIFIQUE 558C Y 558D; Y 559E HASTA 559U PARA EL NIÑO(A): POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> | NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> | 567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 561 | Cuántas veces (NOMBRE DE 557) 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 NO SABE 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECCIÓN 5B. AUTOPSIA VERBAL

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 567 | <div>VERIFIQUE 215 Y 216:</div> <div><div>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000 Y QUE MURIÓ</div><div><div></div><div></div></div><div>NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 QUE MURIÓ</div><div><div></div><div></div></div><div>PASE A 601</div></div> | | | |
| 568 | ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 QUE MURIÓ. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS QUE MURIERON, UTILICE CUESTIONARIO ADICIONAL. | | | |
| 569 | <div>VEA EN 212, 215 Y 216</div> <div>PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000, ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE QUIENES MURIERON</div> | <div>ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN <div></div><div></div> DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div>NOMBRE <div></div></div> | <div>PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN <div></div><div></div> DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div>NOMBRE <div></div></div> | <div>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN <div></div><div></div> DE HISTORIA DE NACIMIENTO</div> <div>NOMBRE <div></div></div> |
| 570 | Ahora quisiera hacerle algunas preguntas para ver si podemos identificar en este estudio las causas de muerte de los niños menores de 6 años. ¿(NOMBRE) murió por algún accidente o por alguna enfermedad? | ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ← | ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ← | ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ← |
| 571 | ¿Qué accidente tuvo? REGISTRE TEXTUALMENTE | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>(PASE A 580)</div> | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>(PASE A 580)</div> | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>(PASE A 580)</div> |
| 572 | En sus palabras, ¿Qué es lo que más recuerda de esa enfermedad? REGISTRE TEXTUALMENTE | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div><div></div><div></div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |
| 573 | Por favor dígame si durante la semana antes de morir (NOMBRE): A ¿No comió nada? B ¿Recibió leche materna? C ¿Recibió otras leches? D ¿Recibió otros líquidos? E ¿Recibió sólidos o semisólidos? | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>NO COMIÓ NADA 1 2 8 LECHE MATERNA 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS 1 2 8 SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS 1 2 8</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>NO COMIÓ NADA 1 2 8 LECHE MATERNA 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS 1 2 8 SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS 1 2 8</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>NO COMIÓ NADA 1 2 8 LECHE MATERNA 1 2 8 OTRAS LECHES 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS 1 2 8 SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS 1 2 8</div> |
| 574 | VEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS PREG. 220 SI NIÑO(A) MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 29 DÍAS DE EDAD | <div>ANTES DE 29 DÍAS</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 578)</div> | <div>ANTES DE 29 DÍAS</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 578)</div> | <div>ANTES DE 29 DÍAS</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 578)</div> |
| 575 | ¿Cuánto tiempo antes de nacer (NOMBRE) se le rompió la fuente (bolsa de agua)? | MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8 | MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8 | MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8 |
| 576 | Puede decirme si: A ¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo? B ¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto? C ¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas? D ¿(NOMBRE) nació de pies? E ¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)? F ¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello? G ¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir? H ¿Tuvieron que hacerle cesárea? I ¿Lloró (NOMBRE) al nacer? J ¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer? | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>SANGRADO 1 2 8 FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS 1 2 8 DOLORES MAS DE 13 HORAS 1 2 8 NACIÓ DE PIES 1 2 8 ATRAVESADO 1 2 8 CORDÓN ENROLADO 1 2 8 NIÑO NO PODÍA SALIR 1 2 8 CESÁREA 1 2 8 LLORÓ AL NACER 1 2 8 NIÑO MORADO 1 2 8</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>SANGRADO 1 2 8 FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS 1 2 8 DOLORES MAS DE 13 HORAS 1 2 8 NACIÓ DE PIES 1 2 8 ATRAVESADO 1 2 8 CORDÓN ENROLADO 1 2 8 NIÑO NO PODÍA SALIR 1 2 8 CESÁREA 1 2 8 LLORÓ AL NACER 1 2 8 NIÑO MORADO 1 2 8</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> <div>SANGRADO 1 2 8 FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS 1 2 8 DOLORES MAS DE 13 HORAS 1 2 8 NACIÓ DE PIES 1 2 8 ATRAVESADO 1 2 8 CORDÓN ENROLADO 1 2 8 NIÑO NO PODÍA SALIR 1 2 8 CESÁREA 1 2 8 LLORÓ AL NACER 1 2 8 NIÑO MORADO 1 2 8</div> |

| | | ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ |
|------|---|---|---|---|
| | | NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ | NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____ |
| 577 | Durante los días antes de que muriera (NOMBRE): | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> |
| A | ¿Podía mamar? | PODÍA MAMAR 1 2 8 | PODÍA MAMAR 1 2 8 | PODÍA MAMAR 1 2 8 |
| B | ¿Tenía los labios azules o morados? | LABIOS AZULES 1 2 8 | LABIOS AZULES 1 2 8 | LABIOS AZULES 1 2 8 |
| C | ¿Tenia el pecho hundido? | PECHO HUNDIDO 1 2 8 | PECHO HUNDIDO 1 2 8 | PECHO HUNDIDO 1 2 8 |
| D | ¿Tenía la respiracion difícil, rápida, ruidosa, cansada? | RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA 1 2 8 | RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA 1 2 8 | RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA 1 2 8 |
| E | ¿Tenía tos? | TOS 1 2 8 | TOS 1 2 8 | TOS 1 2 8 |
| F | ¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días? | PIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS 1 2 8 | PIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS 1 2 8 | PIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS 1 2 8 |
| G | ¿Tuvo diarrea, es decir evacuaciones líquidas más seguido que lo normal? | DIARREA 1 2 8 | DIARREA 1 2 8 | DIARREA 1 2 8 |
| | ¿Cuántas veces en 24 horas? | No. DE VECES <div></div> <div></div> | No. DE VECES <div></div> <div></div> | No. DE VECES <div></div> <div></div> |
| | ¿Tenía moco o sangre en la diarrea? | MOCO/SANGRE 1 2 8 | MOCO/SANGRE 1 2 8 | MOCO/SANGRE 1 2 8 |
| H | ¿Tenía vómitos? | VÓMITOS 1 2 8 | VÓMITOS 1 2 8 | VÓMITOS 1 2 8 |
| I | ¿Tenía la piel reseca o arrugada? | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 |
| J | ¿Tenía los ojos hundidos? | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 |
| K | ¿Tenía la mollera hundida? | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 |
| L | ¿Podía orinar? | PODÍA ORINAR 1 2 8 | PODÍA ORINAR 1 2 8 | PODÍA ORINAR 1 2 8 |
| M | ¿Tenía la espalda dura o como doblada? | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 |
| N | ¿Tenía infección en el ombligo? | INF. EN OMBLIGO..... 1 2 8 | INF. EN OMBLIGO..... 1 2 8 | INF. EN OMBLIGO..... 1 2 8 |
| O | ¿Tenía convulsiones o ataques? | CONVULSIONES 1 2 8 | CONVULSIONES 1 2 8 | CONVULSIONES 1 2 8 |
| P | ¿Podía abrir la boca para llorar? | PODÍA LLORAR 1 2 8 | PODÍA LLORAR 1 2 8 | PODÍA LLORAR 1 2 8 |
| Q | ¿Podía mover las piernas? | MOVER PIERNAS 1 2 8 | MOVER PIERNAS 1 2 8 | MOVER PIERNAS 1 2 8 |
| R | ¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA .. 1 2 8 | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA .. 1 2 8 | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA .. 1 2 8 |
| 577S | | PASE A 579 | PASE A 579 | PASE A 579 |
| 578 | Durante la semana antes de que muriera (NOMBRE): | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> |
| A | ¿Podía mamar? | PODÍA MAMAR ... 1 2 8 | PODÍA MAMAR ... 1 2 8 | PODÍA MAMAR ... 1 2 8 |
| B | ¿Tenía el pecho hundido? | PECHO HUNDIDO 1 2 8 | PECHO HUNDIDO 1 2 8 | PECHO HUNDIDO 1 2 8 |
| C | ¿Tenía la respiracion ruidosa, difícil o cansada? | RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ... 1 2 8 | RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ... 1 2 8 | RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ... 1 2 8 |
| D | ¿Tenía tos convulsiva (como chifladera)? | TOS CONVULSIVA 1 2 8 | TOS CONVULSIVA 1 2 8 | TOS CONVULSIVA 1 2 8 |
| E | ¿Tenía los labios azules o morados? | LABIOS AZULES 1 2 8 | LABIOS AZULES 1 2 8 | LABIOS AZULES 1 2 8 |
| F | ¿Tenía fiebre o calentura alta por más de dos días? | PIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS 1 2 8 | PIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS 1 2 8 | PIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS 1 2 8 |
| G | ¿Tenía temblores? | TEMBLORES 1 2 8 | TEMBLORES 1 2 8 | TEMBLORES 1 2 8 |
| H | ¿Tenía escalofríos? | ESCALOFRIOS 1 2 8 | ESCALOFRIOS 1 2 8 | ESCALOFRIOS 1 2 8 |
| I | ¿Sudaba mucho? | SUDOR 1 2 8 | SUDOR 1 2 8 | SUDOR 1 2 8 |
| J | ¿Tenía los ojos rojos y llorosos? | OJOS ROJOS 1 2 8 | OJOS ROJOS 1 2 8 | OJOS ROJOS 1 2 8 |
| K | ¿Tenía erupciones o ronchas en la piel? | ERUPCIONES 1 2 8 | ERUPCIONES 1 2 8 | ERUPCIONES 1 2 8 |
| L | ¿Tenía heridas o rajaduras en los labios? | HERIDAS LABIOS 1 2 8 | HERIDAS LABIOS 1 2 8 | HERIDAS LABIOS 1 2 8 |
| M | ¿Tenía la piel reseca o arrugada? | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 | PIEL RESECA 1 2 8 |
| N | ¿Tenía los ojos hundidos? | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 | OJOS HUNDIDOS 1 2 8 |
| O | ¿Tenía la mollera hundida? | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 | MOLLERA HUNDIDA . 1 2 8 |
| P | ¿Tuvo diarrea, es decir evacuaciones líquidas más seguido que lo normal? | DIARREA 1 2 8 | DIARREA 1 2 8 | DIARREA 1 2 8 |
| | ¿Cuántas veces en 24 horas? | No. DE VECES <div></div> <div></div> | No. DE VECES <div></div> <div></div> | No. DE VECES <div></div> <div></div> |
| | ¿Tenía moco o sangre en la diarrea? | MOCO/SANGRE 1 2 8 | MOCO/SANGRE 1 2 8 | MOCO/SANGRE 1 2 8 |
| Q | ¿Tenía vómitos? | VÓMITOS 1 2 8 | VÓMITOS 1 2 8 | VÓMITOS 1 2 8 |
| R | ¿Tenía vómitos después de toser? | VÓMITO DES. TOSER 1 2 8 | VÓMITO DES. TOSER 1 2 8 | VÓMITO DES. TOSER 1 2 8 |
| S | ¿Tenía el estómago hinchado? | EST. HINCHADO 1 2 8 | EST. HINCHADO 1 2 8 | EST. HINCHADO 1 2 8 |
| T | ¿Podía orinar? | PODÍA ORINAR 1 2 8 | PODÍA ORINAR 1 2 8 | PODÍA ORINAR 1 2 8 |
| U | ¿Tenía la espalda dura o como doblada? | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 | ESPALDA DURA/ DOBLADA 1 2 8 |
| V | ¿Tenía convulsiones o ataques? | CONVULSIONES 1 2 8 | CONVULSIONES 1 2 8 | CONVULSIONES 1 2 8 |
| W | ¿Podía abrir la boca para llorar? | PODÍA LLORAR 1 2 8 | PODÍA LLORAR 1 2 8 | PODÍA LLORAR 1 2 8 |
| X | ¿Podía mover las piernas? | MOVER PIERNAS 1 2 8 | MOVER PIERNAS 1 2 8 | MOVER PIERNAS 1 2 8 |
| Y | ¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA .. 1 2 8 | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA .. 1 2 8 | ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA . 1 2 8 |
| 579 | ¿Cuáles de las siguientes vacunas recibió (NOMBRE): | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> | <div>NS/ SI NO NR</div> |
| A | BCG? | BCG 1 2 8 | BCG 1 2 8 | BCG 1 2 8 |
| B | DPT/PENTA VALENTE? | DPT/PENTA 1 2 8 | DPT/PENTA 1 2 8 | DPT/PENTA 1 2 8 |
| C | Polio? | POLIO 1 2 8 | POLIO 1 2 8 | POLIO 1 2 8 |
| D | SRP/Sarampión? | SRP/ARAMPIÓN 1 2 8 | SRP/ARAMPIÓN 1 2 8 | SRP/ARAMPIÓN 1 2 8 |
| 580 | Para la enfermedad/accidente de que murió (NOMBRE), ¿lo llevó usted a un hospital, clínica, centro de salud o médico? | SI 1 NO 2 <div>(PASE A 583B) ←</div> | SI 1 NO 2 <div>(PASE A 583B) ←</div> | SI 1 NO 2 <div>(PASE A 583B) ←</div> |

| | | | | |
|------|---|--|--|--|
| | | <div>ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div> | <div>PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div> | <div>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div> |
| 581 | <div>¿Dónde lo llevó?</div> <div>INDAGUE: ¿Algún otro sitio?</div> <div>ANOTE TODOS LOS MENCIONADOS</div> | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL DE LA SS A</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS B</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL/ EMERGENCIA DE LA SS C</div> <div>CESAMO D</div> <div>CESAR E</div> <div>OTRO PÚBLICO F</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL G</div> <div>CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... H</div> <div>CLÍNICA DE ONG I</div> <div>OTRO PRIVADO J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL DE LA SS A</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS B</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL/ EMERGENCIA DE LA SS C</div> <div>CESAMO D</div> <div>CESAR E</div> <div>OTRO PÚBLICO F</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL G</div> <div>CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... H</div> <div>CLÍNICA DE ONG I</div> <div>OTRO PRIVADO J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL DE LA SS A</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS B</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL/ EMERGENCIA DE LA SS C</div> <div>CESAMO D</div> <div>CESAR E</div> <div>OTRO PÚBLICO F</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL G</div> <div>CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... H</div> <div>CLÍNICA DE ONG I</div> <div>OTRO PRIVADO J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> |
| 582 | <div>¿Fue hospitalizado por esta enfermedad o accidente del cual murió?</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 584) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 584) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 584) ←</div> |
| 583 | <div>¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizado (NOMBRE)?</div> | <div>NÚMERO DE DÍAS<div></div><div></div></div> <div>NO SABE 98</div> <div>(PASE A 584) ←</div> | <div>NÚMERO DE DÍAS<div></div><div></div></div> <div>NO SABE 98</div> <div>(PASE A 584) ←</div> | <div>NÚMERO DE DÍAS<div></div><div></div></div> <div>NO SABE 98</div> <div>(PASE A 584) ←</div> |
| 583B | <div>¿Por qué no llevó a (NOMBRE) a un hospital, clínica, centro de salud o médico?</div> | <div>NO HABÍA PERSONAL EN INSTITUCIÓN DE SALUD .. 01</div> <div>INSTITUCIÓN SALUD LEJANA 02</div> <div>INSTITUCIÓN DE SALUD CERRADA 03</div> <div>FALTA DE TRANSPORTE 04</div> <div>FALTA DE DINERO 05</div> <div>PENSÓ QUE NO ERA GRAVE 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | <div>NO HABÍA PERSONAL EN INSTITUCIÓN DE SALUD .. 01</div> <div>INSTITUCIÓN SALUD LEJANA 02</div> <div>INSTITUCIÓN DE SALUD CERRADA 03</div> <div>FALTA DE TRANSPORTE 04</div> <div>FALTA DE DINERO 05</div> <div>PENSÓ QUE NO ERA GRAVE 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | <div>NO HABÍA PERSONAL EN INSTITUCIÓN DE SALUD .. 01</div> <div>INSTITUCIÓN SALUD LEJANA 02</div> <div>INSTITUCIÓN DE SALUD CERRADA 03</div> <div>FALTA DE TRANSPORTE 04</div> <div>FALTA DE DINERO 05</div> <div>PENSÓ QUE NO ERA GRAVE 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> |
| 584 | <div>¿Dónde murió (NOMBRE)?</div> | <div>HOSPITAL PÚBLICO 01</div> <div>CESAMO 02</div> <div>CESAR 03</div> <div>HOSPITAL PRIVADO 04</div> <div>CLÍNICA 05</div> <div>EN EL CAMINO 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>(PASE A 585) ←</div> <div>CASA 97</div> | <div>HOSPITAL PÚBLICO 01</div> <div>CESAMO 02</div> <div>CESAR 03</div> <div>HOSPITAL PRIVADO 04</div> <div>CLÍNICA 05</div> <div>EN EL CAMINO 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>(PASE A 585) ←</div> <div>CASA 97</div> | <div>HOSPITAL PÚBLICO 01</div> <div>CESAMO 02</div> <div>CESAR 03</div> <div>HOSPITAL PRIVADO 04</div> <div>CLÍNICA 05</div> <div>EN EL CAMINO 06</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>(PASE A 585) ←</div> <div>CASA 97</div> |
| 584A | <div>VERIFIQUE SI EN 581 HAY ALGÚN CÓDIGO CIRCULADO</div> | <div>ALGUNO CIRCULADO</div> <div>NINGUNO CIRCULADO</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 585)</div> | <div>ALGUNO CIRCULADO</div> <div>NINGUNO CIRCULADO</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 585)</div> | <div>ALGUNO CIRCULADO</div> <div>NINGUNO CIRCULADO</div> <div><div></div><div></div></div> <div>(PASE A 585)</div> |
| 584B | <div>¿Por qué (NOMBRE) murió en la casa, si lo llevaron a un proveedor de salud u hospital?</div> | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |
| 585 | <div>¿Tiene usted el Certificado de Defunción o Muerte de (NOMBRE)?</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> |
| 586 | <div>¿Me lo podría mostrar?</div> | <div>MOSTRÓ CERTIFICADO 1</div> <div>NO LO MOSTRÓ 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> | <div>MOSTRÓ CERTIFICADO 1</div> <div>NO LO MOSTRÓ 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> | <div>MOSTRÓ CERTIFICADO 1</div> <div>NO LO MOSTRÓ 2</div> <div>(PASE A 588) ←</div> |
| 587 | <div>ANOTE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIE TEXTUALMENTE)</div> | <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> |
| 587A | | <div>PASE A 590</div> | <div>PASE A 590</div> | <div>PASE A 590</div> |
| 588 | <div>¿Sabe usted o le dijeron las causas de muerte de (NOMBRE)?</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 570 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. SI NO HAY MÁS PASE A 601) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 570 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. SI NO HAY MÁS PASE A 601) ←</div> | <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>(PASE A 570 EN CUEST. ADICIONAL SI HAY OTRO NACIDO VIVO QUE MURIÓ SI NO HAY MÁS PASE A 601) ←</div> |
| 589 | <div>¿Cuáles fueron?</div> | <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> |
| 590 | | <div>REGRESE A 570 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. SI NO HAY MÁS, PASE A 601</div> | <div>REGRESE A 570 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. SI NO HAY MÁS, PASE A 601</div> | <div>PASE A 570 EN CUEST. ADICIONAL SI HAY OTRO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. SI NO HAY MÁS PASE A 601</div> |
| 591 | <div>CÓDIGOS DE CAUSA DE MUERTE</div> | <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> |
| 592 | <div>CAUSA PRIMARIA</div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 593 | <div>CAUSA SECUNDARIA</div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | |
|-------|--|--|------------|--|------------|--|--|--|--|--|-----|
| 601 | ¿Actualmente, está usted casada 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 o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo? | SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3 | 617 | | | | | | | | |
| 603 | ¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada? | VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3 | 609 | | | | | | | | |
| 604 | ¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte? | VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2 | | | | | | | | | |
| 605 | ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00". NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 609 | ¿Ha estado usted casada o en unión libre, sólo una vez o más de una vez? | UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2 | | | | | | | | | |
| 615 | <div>VERIFIQUE 609: CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <table><tr><td></td></tr></table> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo o compañero?</div> <div>CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <table><tr><td></td></tr></table> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?</div> | | | MES..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NO SABE EL AÑO..... 9998 | | | | | | | 617 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 616 | ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él? | EDAD..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 617 | VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD | | | | | | | | | | |
| 618 | Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)? | NUNCA HA TENIDO 00 EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95 | | | 621 621 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 619 | VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> 25-49 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> | | | | 641 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 620 | ¿Tiene intenciones de esperar hasta que se case para tener relaciones sexuales por primera vez? | SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA 8 | 641 | | | | | | | | |
| 621 | VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> 25-49 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> | | | | 627 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 622 | La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón? | SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8 | 624 | | | | | | | | |
| 623A | Usted o su pareja usaron algún otro método anticonceptivo? | SI..... 1 NO..... 2 | 623C | | | | | | | | |
| 623B | ¿Cuál método usó (usaron) en esa primera relación sexual? | OPERACIÓN MASCULINA 01 PASTILLAS..... 02 DIU..... 03 INYECCIÓN 04 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 05 RITMO..... 06 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 07 RETIRO..... 08 OTRO MÉTODO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) | 624 | | | | | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | |
|-------|---|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 623C | ¿Por qué no usó algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual? | NO ESPERABA TENER REL. SEXUAL EN ESE MOMENTO 01 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO 02 MIEDO EFECTOS COLATERALES 03 QUERÍA TENER UN HIJO 04 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON USO DE ANTICONCEPTIVOS 05 QUERÍA USAR PERO NO CONSIGUIÓ 06 OPOSICIÓN DE LA PAREJA 07 PENSABA QUE NO PODÍA EMBARAZARSE 08 NO TENÍA DINERO 09 VERGÜENZA COMPRAR ANTICONCEPTIVOS 10 RELIGIÓN NO SE LO PERMITE 11 FUE VIOLADA 12 NO QUERÍA USAR/NO LE GUSTABA 13 ERA LA PRIMERA VEZ 14 DESCUIDO 15 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | | | | | | | | | |
| 624 | ¿Cuántos años tenía la persona con quien usted tuvo su primera relación sexual? | EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> → 627 NO SABE 98 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 625 | ¿Esa persona era mayor que usted, más joven que usted, tenía más o menos la misma edad que usted? | MAYOR 1 MAS JÓVEN 2 MAS O MENOS LA MISMA EDAD 3 NO SABE/NO RECUERDA 8 | → 627 | | | | | | | | |
| 626 | ¿Usted diría que esa persona era 10 años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted? | DIEZ O MAS AÑOS MAYOR 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS 8 | | | | | | | | | |
| 627 | ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? SI MENOS DE 12 MESES, REGISTRE RESPUESTA EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI 12 MESES (1 AÑO) O MAS, REGISTRE LA RESPUESTA EN AÑOS | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 3 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS 4 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> → 641 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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. PASE A 628 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL | PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL | ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 627B | ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona? | | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 3 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 3 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 628 | La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona ¿usaron condón? | SI 1 NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 630) ← | | | SI 1 NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 630) ← | | | SI 1 NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (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 COMPAÑERO 02 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← NOVIO/ENAMORADO 03 AMIGO 04 CONOCIDO CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADOR SEXUAL 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) | | | ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← NOVIO/ENAMORADO 03 AMIGO 04 CONOCIDO CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADOR SEXUAL 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) | | | ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (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 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 2 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS 3 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 2 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS 3 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES 2 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS 3 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 632 | VERIFIQUE EN 105 SI LA ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS | MUJER 15-24 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ MUJER 25-49 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASE A 636) | | | MUJER 15-24 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ MUJER 25-49 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASE A 636) | | | MUJER 15-24 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ MUJER 25-49 <table><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASE A 636) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 633 | ¿Cuántos años tiene esta persona? | EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← NO SABE 98 | | | EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← NO SABE 98 | | | EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (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 MAS JÓVEN 2 LA MISMA EDAD 3 NO SABE/NO RESPONDE . 8 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← | | | MAYOR 1 MAS JÓVEN 2 LA MISMA EDAD 3 NO SABE/NO RESPONDE . 8 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 636) ← | | | MAYOR 1 MAS JÓVEN 2 LA MISMA EDAD 3 NO SABE/NO RESPONDE . 8 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (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 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 638) ← | | | SI 1 NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 638) ← | | | SI 1 NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 639) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 638 | Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses? | SI..... 1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA) NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 640) ← | | | | | SI..... 1 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA) NO..... 2 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASE A 640) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 639 | En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses? | | | NÚMERO..... <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE 98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | |
|-------|---|---|--------|--|-----|
| 640 | En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda la vida? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN | NÚMERO DE PAREJAS TODA LA VIDA <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE 98 | | | |
| | | | | | |
| 641 | ¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones? | SI..... 1 NO..... 2 | 645 | | |
| 642 | ¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE NOMBRE | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO PÚBLICO: F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUESTO DE ONG J CONSEJERIA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA K PULPERIA/SUPERMERCADO L FARMACIA M PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS N PARTERA O OTRO PRIVADO: P (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) | | | |
| 643 | Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA 8 | | | |
| 645 | VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> 25-49 AÑOS <table><tr><td></td></tr></table> | | | | 701 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 646 | En su opinión, ¿Cuál es el método anticonceptivo más apropiado para los adolescentes? | ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 OPERACIÓN MASCULINA 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 RETIRO..... 11 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 12 PASTILLA DE EMERGENCIA 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | | | |
| 647 | ¿Qué edad tenía usted cuando le vino la regla o menstruación por primera vez? | EDAD EN AÑOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NUNCA HA MENSTRUADO 96 NO SABE/NO RECUERDA 98 | | | |
| | | | | | |

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|--|--------------------------|
| 701 | <div>VERIFIQUE 311 Y 311A:</div> <div>NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO</div> <div>ÉL O ELLA ESTERILIZADO</div> | | 713 |
| 702 | <div>VERIFIQUE 226:</div> <div>226=2, 8</div> <div>226=1</div> <div>NO EMBARAZADA O INSEGURA</div> <div>EMBARAZADA</div> <div>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?</div> <div>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</div> | <div>TENER (UN / OTRO) HIJO 1</div> <div>NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO 2</div> <div>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3</div> <div>INDECISA/NO SABE, PERO:</div> <div>NO EMBARAZADAS O INSEGURA 4</div> <div>EMBARAZADAS 5</div> | 704 713 708 709 |
| 703 | <div>VERIFIQUE 226:</div> <div>NO EMBARAZADA O INSEGURA</div> <div>EMBARAZADA</div> <div>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (un/otro) hijo?</div> <div>Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?</div> | <div>MESES..... 1</div> <div>AÑOS..... 2</div> <div>PRONTO/AHORA..... 993</div> <div>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994</div> <div>DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995</div> <div>OTRO: 996</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... 998</div> | 708 713 708 |
| 704 | <div>VERIFIQUE 226:</div> <div>NO EMBARAZADA O INSEGURA</div> <div>EMBARAZADA</div> | | 709 |
| 705 | <div>VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO:</div> <div>NO SE HIZO PREGUNTA</div> <div>NO USA ACTUALMENTE</div> <div>SI USA ACTUALMENTE</div> | | 713 |
| 706 | <div>VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 703, TIEMPO QUE QUIERE ESPERAR:</div> <div>NO SE HIZO PREGUNTA</div> <div>24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS</div> <div>MENOS DE 24 MESES; 00-01 AÑOS</div> | | 709 |
| 707 | <div>VERIFIQUE 702:</div> <div>702=1</div> <div>702=2</div> <div>QUIERE TENER UN (OTRO) HIJO</div> <div>NO QUIERE MÁS HIJOS</div> <div>Usted dice que no quiere tener un (otro) hijo pronto, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada,</div> <div>Usted me dijo que no quería tener (más) hijos, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada.</div> <div>¿Me podría decir por qué no está usando un método?</div> <div>¿Me podría decir por qué no está usando un método?</div> <div>¿Alguna otra razón?</div> <div>¿Alguna otra razón?</div> <div>CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div> | <div>NO EN UNION A</div> <div>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</div> <div>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</div> <div>SEXO POCO FRECUENTE..... C</div> <div>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA ... D</div> <div>INFERTILIDAD MUJER..... E</div> <div>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</div> <div>AMENORREA POSTPARTO..... G</div> <div>LACTANCIA..... H</div> <div>FATALISTA..... I</div> <div>OPOSICIÓN A USAR:</div> <div>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</div> <div>MARIDO SE OPONE..... K</div> <div>OTROS SE OPONEN..... L</div> <div>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</div> <div>FALTA DE CONOCIMIENTO:</div> <div>NO CONOCE MÉTODOS..... N</div> <div>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... O</div> <div>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</div> <div>RAZONES DE SALUD..... P</div> <div>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS Q</div> <div>USO INCONVENIENTE..... R</div> <div>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S</div> <div>RAZONES DE ACCESO/COSTO</div> <div>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... T</div> <div>MUY COSTOSO..... U</div> <div>OTRA: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... Z</div> | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|--|-------------------|
| 708 | VERIFIQUE EN 310 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: <div>NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></div> | | 713 |
| 709 | ¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | 711 711 |
| 710 | ¿Qué método le gustaría usar? | ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 OPERACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA/AMENORREA) 09 RITMO 10 RETIRO..... 11 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA/NO SABE..... 98 | 713 713 713 |
| 710A | ¿A dónde iría Ud. para obtener el método? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE NOMBRE | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CONSEJERIA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 25 PULPERIA/SUPERMERCADO 26 FARMACIA 27 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 28 PARTERA 29 OTRO PRIVADO: 30 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) | 713 |
| 711 | ¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro? | NO EN UNIÓN 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FRECUENTE 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|----------------|
| 711A | <div>VERIFIQUE EN 711 SI LA RESPUESTA ES "NO EN UNIÓN"</div> <div>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 711=11</div> <div>OTRAS <input type="checkbox"/></div> | | 713 |
| 712 | ¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 713 | <div>VERIFIQUE 216:</div> <div>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></div> <div>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></div> <div>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>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA</div> | <div>NINGUNO..... 00</div> <div>NÚMERO..... <input type="text"/></div> <div>OTRA RESPUESTA 96 (ESPECIFIQUE)</div> | 715 715 |
| 714 | ¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo? | <div>HOMBRE MUJER CUALQUIERA</div> <div>NÚMERO <input type="text"/></div> <div>OTRA 96 (ESPECIFIQUE)</div> | |
| 715 | Durante los últimos meses: | <div>SI NO</div> <div>A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? RADIO 1 2</div> <div>B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? TELEVISIÓN 1 2</div> <div>C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar? PERIÓDICOS / REVISTAS 1 2</div> <div>D ¿Usted ha leído en trifolios y/o afiches algo sobre planificación familiar? TRIFOLIOS Y/O AFICHES 1 2</div> <div>E ¿Usted ha visto o leído en otro medio algo sobre planificación familiar? OTRO MEDIO 1 2</div> | |
| 717 | <div>VERIFIQUE 601:</div> <div>601 = 1</div> <div>SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/></div> <div>601 = 2</div> <div>SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/></div> <div>601 = 3</div> <div>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div> | | 801 |
| 718 | <div>VERIFIQUE 311/311A, SI USA ACTUALMENTE</div> <div>NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGOS 'B', 'G' Ó 'L' <input type="checkbox"/></div> <div>OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/></div> | | 722 720 |
| 719 | ¿Su esposo/compañero sabe que usted está usando un método de planificación familiar? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 720 | ¿Usted diría que el uso de anticoncepción fue su decisión, la de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos? | ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE) | |
| 721 | <div>VERIFIQUE 311/311A</div> <div>NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/></div> <div>ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/></div> | | 801 |
| 722 | ¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) 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 DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|--------|
| 801 | <div>VERIFIQUE 601, 602:</div> <div><div>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA</div><div>601 = 1,2</div><div>ANTERIOREMENTE CASADA/ UNIDA</div><div>602 = 1,2</div><div>NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN</div><div>602 = 3</div></div> | <div>803</div> <div>807</div> | |
| 802 | ¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)? | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... | |
| 803 | ¿Su (última) pareja (esposo o compañero) alguna vez asistió a la escuela? | SI..... 1 NO..... 2 | 806 |
| 804 | ¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que su esposo/compañero aprobó y en qué nivel? SONDEE: SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria? | <div>NIVELGRADO</div> <div>PRE-ESCOLAR..... 1</div> <div>PRIMARIA 2</div> <div>SECUNDARIA CICLO COMÚN 3</div> <div>SECUNDARIA DIVERSIFICADO 4</div> <div>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 5</div> <div>SUPERIOR UNIVERSITARIA 6</div> <div>POSTGRADO UNIVERSITARIO 7</div> | |
| 806 | <div>VERIFIQUE 801:</div> <div><div>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA</div><div>ANTERIOREMENTE CASADA/UNIDA</div><div>¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</div><div>¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</div></div> | <div></div> <div>(ESCRIBA TEXTUALMENTE)</div> | |
| 807 | Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días? | SI..... 1 NO..... 2 | 811 |
| 808 | Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos 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. ¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos en los últimos 7 días? | SI..... 1 NO..... 2 | 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? | SI..... 1 NO..... 2 | 811 |
| 810 | ¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses? | SI..... 1 NO..... 2 | 818 |
| 811 | ¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) usted principalmente? | <div></div> <div>(ESCRIBA TEXTUALMENTE)</div> | |
| 812 | <div>VERIFIQUE 811:</div> <div>TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA</div> <div>NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA</div> | 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? | TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4 | |
| 814 | ¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia? | PARA UN FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3 | |
| 815 | ¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar? | EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2 | |
| 816 | ¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando? | TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 | |
| 817 | ¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)? | SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|---------|---|--------------------------|---|---|---|--|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|
| 818 | VERIFIQUE 601: <div>ACTUALMENTE EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div> <div>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/></div> | | 824 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 819 | VERIFIQUE 817: <div>CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <input type="checkbox"/></div> <div>NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/></div> | | 822 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 820 | Quién decide cómo se gasta el dinero que usted gana: ¿usted, principalmente su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta? | ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 OTRA PERSONA 4 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 821 | ¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su pareja (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo? | MAS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MAS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 NO SABE 8 | 823 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 822 | ¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su pareja (esposo/compañero) gana: principalmente usted, principalmente su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta? | ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 OTRA PERSONA 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 823 | Para cada una de las siguientes actividades , me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo/compañero), ambos de acuerdo, o alguien más. A ¿El cuidado de su salud? B ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor? C ¿En las compras diarias de la casa? D ¿Visitas a amigas suyas o a su familia? | <table><thead><tr><th></th><th>ELLA</th><th>ESPOSO/ COMPA- ÑERO</th><th>AMBOS</th><th>OTRA PER- SONA</th><th>ELLA Y OTRA PER- SONA</th><th>NA- DIE</th></tr></thead><tbody><tr><td>A</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>B</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>C</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>D</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></tbody></table> | | ELLA | ESPOSO/ COMPA- ÑERO | AMBOS | OTRA PER- SONA | ELLA Y OTRA PER- SONA | NA- DIE | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | D | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | ELLA | ESPOSO/ COMPA- ÑERO | AMBOS | OTRA PER- SONA | ELLA Y OTRA PER- SONA | NA- DIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 823 | Para cada una de las siguientes decisiones , me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: E ¿El número de hijos que una pareja debe tener? F ¿Si una pareja utiliza métodos de planificación familiar? | <table><thead><tr><th></th><th>ELLA</th><th>ESPOSO/ COMPA- ÑERO</th><th>AMBOS</th><th>OTRA PER- SONA</th><th>ELLA Y OTRA PER- SONA</th><th>NA- DIE</th></tr></thead><tbody><tr><td>E</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>F</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></tbody></table> | | ELLA | ESPOSO/ COMPA- ÑERO | AMBOS | OTRA PER- SONA | ELLA Y OTRA PER- SONA | NA- DIE | E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | F | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ELLA | ESPOSO/ COMPA- ÑERO | AMBOS | OTRA PER- SONA | ELLA Y OTRA PER- SONA | NA- DIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 824 | Por favor, indique si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones: A Los niño(a)s deben recibir educación sexual en las escuelas B Los jóvenes adolescentes deben recibir educación sexual en los colegios. C La Secretaria de Salud debe desarrollar materiales y programas de educación sexual para la población en general. D Deben existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes. E Los hombres necesitan aceptar más la responsabilidad por la planificación familiar. F Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por el hombre. G Si la mujer trabaja fuera de la casa, el esposo debe ayudar en las labores de la casa. | <table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>EDUC. SEX NIÑOS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>EDUC. SEX. JÓVENES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table> | | SI | NO | NS | EDUC. SEX NIÑOS | 1 | 2 | 8 | EDUC. SEX. JÓVENES | 1 | 2 | 8 | MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL | 1 | 2 | 8 | PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES | 1 | 2 | 8 | RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR | 1 | 2 | 8 | DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE | 1 | 2 | 8 | ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA | 1 | 2 | 8 | | | | |
| | SI | NO | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. SEX NIÑOS | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. SEX. JÓVENES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 824H | PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO. DETERMINE SI ESTAN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O NO HAY NADIE PRESENTE | <table><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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 825 | A veces los esposos/compañeros se molestan por las cosas que hacen las esposas. En su opinión, se justifica que un esposo/compañero golpee a la esposa 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/rehusa tener relaciones sexuales con él? E ¿Si ella deja quemar la comida? | <table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NO SABE</th></tr></thead><tbody><tr><td>SI ELLA SALE</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 CON EL</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>QUEMA LA COMIDA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table> | | SI | NO | NO SABE | SI ELLA SALE | 1 | 2 | 8 | DESCUIDA NIÑOS | 1 | 2 | 8 | DISCUTE CON EL | 1 | 2 | 8 | NO SEXO | 1 | 2 | 8 | QUEMA LA COMIDA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | NO SABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI ELLA SALE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCUIDA NIÑOS | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISCUTE CON EL | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO SEXO | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEMA LA COMIDA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SECCIÓN 9. VIH/SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
| 901 | Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de: | <div>SI</div> <div>NO</div> <div>VIH..... 1 2</div> <div>SIDA..... 1 2</div> | |
| A | La infección por VIH? | | |
| B | Una enfermedad llamada SIDA? | | |
| 902A | VERIFIQUE 901: <div>POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/></div> <div>NINGÚN SI <input type="checkbox"/></div> | | 944 |
| 902B | ¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA? INDAGUE: ¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS FUENTES MENCIONADAS | <div>RADIO A</div> <div>TELEVISIÓN B</div> <div>PERIÓDICOS/REVISTAS C</div> <div>TRIFOLIOS/AFICHES D</div> <div>TRABAJADORES DE SALUD E</div> <div>IGLESIA F</div> <div>ESCUELAS/MAESTROS G</div> <div>ENCUENTROS COMUNITARIOS H</div> <div>AMIGOS/PARIENTES I</div> <div>LUGAR DE TRABAJO J</div> <div>AUDIOVISUALES/PELÍCULAS K</div> <div>CHARLAS CON DESCONOCIDOS L</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE Z</div> | |
| 903A | ¿Pueden las personas evitar contraer el virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no esté infectada? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 903B | ¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 904 | ¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 905 | ¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA o que esta infectada por el VIH?? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 906 | ¿Pueden las personas protegerse de infectarse del virus que causa el SIDA, no teniendo relaciones sexuales? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 907 | ¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA debido a brujerías o medios sobrenaturales? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | |
| 908 | ¿Piensa usted que hay algo más que una persona pueda hacer para evitar o reducir el riesgo de contraer el virus que causa el SIDA? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div> | <div>910</div> <div>910</div> |
| 909 | ¿Qué puede hacer una persona para evitar o reducir el riesgo de contraer el virus que causa el SIDA? SONDEE: ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS | <div>ABSTENERSE DE TENER SEXO..... A</div> <div>USAR CONDONES B</div> <div>TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA C</div> <div>DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES D</div> <div>NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS E</div> <div>NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA F</div> <div>NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES..... G</div> <div>NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS H</div> <div>EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I</div> <div>EVITAR INYECCIONES J</div> <div>NO BESARSE K</div> <div>NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA L</div> <div>EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO M</div> <div>NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR N</div> <div>TENER BUENA DIETA O</div> <div>EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P</div> <div>NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL.SEXUAL..... Q</div> <div>TENER CUIDADO AL ENTRAR A BAÑOS PÚBLICOS... R</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE Z</div> | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|--|------------|
| 910 | ¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 911 | ¿Puede ser transmitido el virus que causa el SIDA de una madre infectada al hijo? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | 929 929 |
| 912 | ¿El virus que causa el SIDA puede ser transmitido de una madre infectada al niño: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto? C ¿Durante la lactancia? | <div>SI NO NO SABE</div> <div>DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE EL PARTO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8</div> | |
| 929 | ¿Sabe usted de algún lugar donde la gente se puede hacer la prueba del virus que causa el SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 | 930A |
| 930 | ¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE ENSEGUIDA Y PREGUNTE POR EL TIPO DE FUENTE (NOMBRE DEL LUGAR) | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS B</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C</div> <div>CESAMO D</div> <div>LABORATORIO DE LA SS E</div> <div>OTRO PÚBLICO: F</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL G</div> <div>CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... H</div> <div>CLÍNICA DE ONG I</div> <div>CRUZ ROJA J</div> <div>LABORATORIO PRIVADO K</div> <div>OTRO PRIVADO: L</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |
| 930A | VERIFIQUE 411J Y 411K: PRUEBA DE VIH/SIDA CÓDIGO '1' NO MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO "1" MARCADO <input type="checkbox"/> | | 931 |
| 930B | ¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 | 931 |
| 930C | ¿Por qué se hizo la prueba? | CONOCER ESTADO DE SALUD 01 ESPOSO/PAREJA LA EXIGIÓ 02 PATRONO LA EXIGIÓ 03 REQUISITO PARA CONSEGUIR EMPLEO 04 REQUISITO PARA INGRESAR A UNIVERSIDAD 05 REQUISITO PARA CASARSE 06 ACTUALMENTE EMBARAZADA 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) | |
| 931 | ¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus que causa el SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 932 | Si algún miembro de su familia contrajera el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto? | SI, MANTENERLO EN SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8 | |
| 933 | Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo en su propia casa? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8 | |
| 934 | En su opinión, si una profesora tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enferma, ¿Se le debería permitir a ella seguir dando clases? | SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8 | |
| 934A | ¿Usted trabajaría con una persona que tiene SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 934B | ¿Usted cree que un centro educativo se puede negar a recibir a un niño o niña que esta enfermo(a) con el virus que causa el SIDA? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|---|--------|
| 944 | <div>VERIFIQUE 901:</div> <div><div>POR LO MENOS UN SI</div><div>NINGÚN SI</div><div>Aparte del SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</div><div>¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</div></div> | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | |
| 945 | <div>VERIFIQUE 618:</div> <div><div>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</div><div>NO HA TENIDO REL. SEXUALES</div></div> | | 953 |
| 946 | <div>VERIFIQUE 944:</div> <div><div>CONOCE ITS</div><div>NO CONOCE ITS</div></div> | | 948 |
| 947 | <div>Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses.</div> <div>¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad adquirida mediante contacto sexual (venérea) durante los últimos 12 meses?</div> | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</div> | |
| 948 | ¿En los últimos 12 meses ha experimentado ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</div> | |
| 949 | ¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en sus genitales? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</div> | |
| 950 | <div>VERIFIQUE 947, 948 Y 949:</div> <div><div>AL MENOS UN SI</div><div>NINGÚN SI</div></div> | | 952B |
| 951 | La ultima vez que usted tuvo (PROBLEMA 947, 948 O 949), ¿Buscó usted consejo o tratamiento? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | 952B |
| 952 | <div>¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento?</div> <div>SONDEE: ¿Algún otro sitio?</div> <div>ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS</div> <div>SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE ENSEGUIDA Y PREGUNTE POR EL TIPO DE FUENTE</div> <div>(NOMBRE DEL LUGAR)</div> | <div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A</div> <div>HOSPITAL DEL IHSS B</div> <div>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C</div> <div>CESAMO D</div> <div>CESAR E</div> <div>LABORATORIO DE LA SS F</div> <div>OTRO PÚBLICO: G</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL H</div> <div>CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... I</div> <div>CLÍNICA DE ONG J</div> <div>CRUZ ROJA K</div> <div>LABORATORIO PRIVADO L</div> <div>FARMACIA M</div> <div>OTRO PRIVADO: N</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |
| 952A | ¿Se curó de esa enfermedad o dolencia? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | |
| 952B | ¿Quién debería decidir como protegerse en las relaciones sexuales, el hombre, la mujer o ambos? | <div>EL HOMBRE 1</div> <div>LA MUJER 2</div> <div>AMBOS 3</div> <div>NO SABE 8</div> | |
| 952C | Si usted le pidiera a su pareja (esposo/compañero) que usara condón para prevenir una ITS/VIH SIDA, ¿usted cree que él aceptaría? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE 8</div> | |
| 953 | <div>Las parejas no siempre están de acuerdo en todo.</div> <div>¿Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo/compañero:</div> <div><div>A</div><div>B</div><div>C</div><div>D</div><div>Cuando ella sabe que él tiene una enfermedad de transmisión sexual?</div><div>Cuando ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer?</div><div>Cuando ella ha tenido recientemente un parto?</div><div>Cuando ella está cansada o no está de humor?</div></div> | <div><div>SI</div><div>NO</div><div>NS</div><div>TIENE UNA ETS 1 2 8</div><div>REL. CON OTRA MUJER 1 2 8</div><div>PARTO RECIENTE 1 2 8</div><div>CANSADA/NO DE HUMOR 1 2 8</div></div> | |

SECCION 10. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | 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 transmite 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 en los últimos 12 meses? SI SI, Cuántas inyecciones? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES MAYOR DE 90, O DOSIS DIARIAS POR MÁS DE 3 MESES, REGISTRE '90' SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN | NÚMERO DE INYECCIONES NINGUNA 00 | →1009 |
| 1006 | De todas las inyecciones que recibió, ¿Cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera o cualquier otro trabajador de salud? | NÚMERO DE INYECCIONES NINGUNA 00 | →1009 |
| 1007 | La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿dónde fue usted a que le aplicaran la inyección? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y 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 | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE ASHONPLAFA 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 23 BRIGADA MEDICA 24 OTRO PRIVADO: 25 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) | |
| 1008 | ¿La persona que le puso la inyección utilizó una aguja proveniente de un sobre sin abrir? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | |
| 1009 | ¿Usted en la actualidad fuma cigarrillos? | SI..... 1 NO..... 2 | → 1013 |
| 1010 | En las ultimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó? | NÚMERO DE CIGARRILLOS | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|--------------|
| 1013 | Ahora me gustaria 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, para Ud. es un gran problema: | <div>SI NO</div> <div>¿Saber a dónde ir? DÓNDE IR 1 2</div> <div>¿Conseguir permiso para ir? CONSEGUIR PERMISO PARA IR..... 1 2</div> <div>¿Conseguir dinero para el tratamiento? CONSEGUIR DINERO..... 1 2</div> <div>¿La distancia de los servicios médicos? LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1 2</div> <div>¿Tener que tomar transporte? MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.... 1 2</div> <div>¿No querer ir sola? NO QUERER IR SOLA..... 1 2</div> <div>¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda? SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1 2</div> <div>¿Pensar que puede no haber alguien que atienda? ... QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA 1 2</div> <div>¿Pensar que quizas no haya medicinas disponibles? ... NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.... 1 2</div> | |
| 1014 | ¿Usted tiene seguro de salud? | SI..... 1 NO..... 2 | 1016 |
| 1015 | ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE ¿Algun otro? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS | IHSS A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR D OTRO: X (ESPECIFIQUE) | |
| 1016 | VERIFIQUE 401: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> 1018 NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> | | |
| 1017 | ¿Le han aplicado alguna vacuna contra el tetános, esto es una inyección que se coloca en el brazo? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | 1018 1018 |
| 1017A | ¿Cuántas veces la han vacunado contra el tétanos? | NÚMERO DE VACUNAS NO SABE/NO RECUERDA 98 | |
| 1017B | ¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos? | MES NO SABE MES 98 AÑO NO SABE AÑO9998 | 1018 |
| 1017C | ¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna contra el tétanos? | AÑOS | |
| 1018 | ¿Se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba detectora del cáncer cervical? | SI..... 1 NO..... 2 | 1019 |
| 1018A | ¿Hace cuántos años se la hizo por última vez? | AÑOS MENOS DE UN AÑO 00 NO RECUERDA 98 | |
| 1018B | ¿Dónde se la hizo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y Y CIRCULE CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE NOMBRE | SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE ASHONPLAFA 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CLÍNICA DE ONG 23 CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER 24 BRIGADA MÉDICA: LIGA CONTRA EL CÁNCER, CUBANOS, AMERICANOS 25 OTRO PRIVADO: 26 (ESPECIFIQUE) OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | |
|-------|--|---|--------|--|--|--|--|--|--|
| 1018C | ¿Le dieron el resultado? | SI..... 1 NO..... 2 → 1019 NO FUE A RECOGERLO 3 → 1019 NO SABE/NO RECUERDA..... 8 → 1019 | | | | | | | |
| 1018D | ¿Cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se tomó la citología y la fecha en que supo el resultado? | DÍAS 1 <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 MESES 3 NO SABE 998 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 1019 | ¿Ha oído hablar del autoexamen del seno? | SI..... 1 NO..... 2 → 1020 | | | | | | | |
| 1019A | ¿Con qué frecuencia se hace usted el autoexamen de seno? | NUNCA 01 CADA VEZ QUE SE DUCHA 02 UNA VEZ POR SEMANA 03 UNA VEZ AL MES 04 CADA DOS MESES 05 CADA TRES MESES 06 UNA VEZ POR AÑO 07 DE VEZ EN CUANDO 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | | | | | | | |
| 1020 | ¿Ha oído hablar de la mamografía, o sea rayos X del seno? | SI..... 1 NO..... 2 → 1022 | | | | | | | |
| 1021 | ¿Se ha hecho alguna vez este examen? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | |
| 1022 | VERIFIQUE 401: NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> → 1023 UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000 <input type="checkbox"/> ↓ | | | | | | | | |
| 1022A | Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Cuáles síntomas o señales de peligro harían que Ud. llevara al niño a un establecimiento de salud inmediatamente? ¿Algún otro síntoma o señal de peligro? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE MENCIONE | SI TIENE DIFICULTAD PARA DESPERTAR A SI NO PUEDE BEBER O LACTAR B SI VOMITA TODO C SI CONVULSIONA D SI LE DA FIEBRE E SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS F SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR G SI TIENE SANGRE EN LAS HECES H SI AUMENTAN LAS HECES LIQUIDAS I OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z | | | | | | | |
| 1023 | ¿En el último mes ha visto o escuchado algún mensaje sobre la Malaria? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | |
| 1023A | ¿En el último mes Ud. se ha enfermado de Malaria? | SI..... 1 NO..... 2 → 1101 | | | | | | | |
| 1023B | ¿Le tomaron muestra de sangre para la gota gruesa? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | |

| SECCIÓN 11. EDUCATODOS | | | |
|------------------------|---|---|---------------|
| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CÓDIGOS | PASE A |
| 1101 | ¿Ha oído mencionar un programa educativo que se llama EDUCATODOS? | SI 1 NO 2 | 1200 |
| 1102 | ¿Ha estudiado alguna vez en ese programa? | SI 1 NO 2 | |
| 1103 | ¿Tendría interés en estudiar (nuevamente) en EDUCATODOS? | SI 1 NO 2 ACTUALMENTE ESTUDIA EN EDUCATODOS..... 3 | 1105 1104A |
| 1104 | ¿En cuál grado le interesaría estudiar? | 1-3 GRADO 1 4-6 GRADO 2 7-9 GRADO 3 EDUCACIÓN SECUNDARIA 4 | |
| 1104A | ¿En cuál grado estudia? | | |
| 1105 | VERIFIQUE EN 217 SI TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR: 4 - 24 AÑOS <div>TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR <input type="checkbox"/></div> <div>NO TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR <input type="checkbox"/></div> | | 1111 |
| 1106 | ¿Tiene niños o niñas estudiando en el cuarto, quinto, o sexto grado? | SI 1 NO 2 | 1111 |
| 1107 | De esos niños(as), ¿cuál es el nombre del niño(a) que está en el grado más alto? | _____ (NOMBRE) | |
| 1107A | ¿Usted sabe si (NOMBRE) piensa abandonar los estudios después del sexto grado? | SI 1 NO 2 | 1109 |
| 1108 | ¿Sabe usted por qué razón (NOMBRE) no desea seguir estudiando después del sexto grado? | NO LE GUSTA ESTUDIAR/ NO QUIERE ESTUDIAR 1 POR RAZONES ECONÓMICAS 2 POR RAZONES DE SALUD 3 OTRA RAZÓN 6 (ESPECIFIQUE) _____ NO SABE 8 | 1111 |
| 1109 | ¿En dónde cree usted que (NOMBRE) desea seguir estudiando: en un centro básico o en un colegio? PREGUNTE: ¿Local o en otra comunidad? | CENTRO BÁSICO LOCAL 1 CENTRO BÁSICO OTRA COMUNIDAD 2 COLEGIO LOCAL 3 COLEGIO EN OTRA COMUNIDAD 4 | |
| 1110 | ¿Usted sabe si a (NOMBRE) le gustaría estudiar en un sistema alternativo como EDUCATODOS? | SI 1 NO 2 NO SABE 8 | |
| 1111 | ¿Ud. sabe si hay (otros) miembros de su hogar que podrían estar interesados en estudiar con EDUCATODOS? | SI 1 NO 2 NO SABE 8 | 1200 1200 |
| 1112 | ¿Cuántas personas estarían interesadas? | NÚMERO DE PERSONAS <input type="text"/> | |
| 1113 | ¿Sabe usted en cuál grado les interesaría participar? ANOTE TODOS LOS GRADOS MENCIONADOS Y SONDEE: ¿Algún otro grado? | 1-3 GRADO A 4-6 GRADO B 7-9 GRADO C EDUCACION SECUNDARIA D | |

SECCIÓN 12. VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|--|--------|
| 1200 | <div>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</div> <div>NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</div> <div><div>HAY PRIVACIDAD</div><div>NO HAY PRIVACIDAD</div></div> | <div>SOLICITE A LA ENTREVISTADA QUE RETIRE A LAS OTRAS PERSONAS</div> <div>DESPUÉS PASE A 1201</div> | |
| 1201 | LEA A LA ENTREVISTADA Yo sé que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permitame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga. | | |
| 1202 | <div>VERIFIQUE 601</div> <div><div>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA</div><div>NO EN UNIÓN</div></div> | <div>601=1,2</div> <div>601=3</div> | 1204 |
| 1203 | ¿Con qué frecuencia llega tomado su esposo/compañero al hogar? | <div>NUNCA 1</div> <div>DE VEZ EN CUANDO 2</div> <div>UNA VEZ AL MES 3</div> <div>FINES DE SEMANA 4</div> <div>UNA VEZ A LA QUINCENA 5</div> <div>TODOS LOS DÍAS 6</div> <div>NO RESPONDE 8</div> | |
| 1204 | Desde que usted cumplió 15 años ¿ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | 1206 |
| 1205 | ¿Quién la ha golpeado o maltratado físicamente? SONDEE: ¿Alguién mas? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA. | <div>MADRE A</div> <div>PADRE B</div> <div>PADRASTRO C</div> <div>HERMANO/A D</div> <div>OTRO FAMILIAR E</div> <div>NOVIO F</div> <div>ESPOSO/COMPAÑERO G</div> <div>EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO H</div> <div>CONOCIDO I</div> <div>DESCONOCIDO J</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> | |
| 1206 | ¿Durante los últimos 12 meses, ha tenido esposo, compañero, pareja, novio o enamorado? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | 1213 |
| 1207 | Ahora si me permite, voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con su esposo, compañero, pareja, novio o enamorado. En los últimos 12 meses su esposo/compañero/ novio/enamorado: | <div>SI NO</div> <div>A ¿Le dijo o hizo algo para humillarla? 1 2</div> <div>B ¿Le lanzó algo? 1 2</div> <div>C ¿La golpeó? 1 2</div> <div>D ¿La amenazó? 1 2</div> <div>E ¿La amenazó con un arma? 1 2</div> <div>F ¿La ha obligado a tener relaciones sexuales aunque Ud. no quería? 1 2</div> <div>LA HA OBLIGADO A TENER RELACIONES 1 2</div> | |
| 1208 | <div>VERIFIQUE 1207:</div> <div>ALGUNA RESPUESTA 'SI'</div> <div>TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO'</div> | | 1213 |
| 1209 | Dígame por favor, si durante los últimos 12 meses le sucedió lo siguiente después de una pelea con su pareja (o ex). | <div>SI NO</div> <div>A ¿Tuvo moretones y dolores? 1 2</div> <div>B ¿Tuvo una herida o hueso quebrado? 1 2</div> <div>TUVO UNA HERIDA O HUESO QUEBRADO ... 1 2</div> | |
| 1209C | <div>VERIFIQUE 1209</div> <div>ALGUNA RESPUESTA 'SI'</div> <div>TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO'</div> | | 1209E |
| 1209D | ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato? | <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|---|--------|
| 1209E | VERIFIQUE 1207 Y 1209 <div>ALGUNA RESPUESTA 'SI' <input type="checkbox"/></div> | <div>TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO' <input type="checkbox"/></div> | 1213 |
| 1210 | ¿Buscó ayuda para tratar de resolver los problemas que ha tenido con su esposo/compañero? | SI..... 1 NO..... 2 | 1212 |
| 1211 | ¿Cuál fue la razón más importante para no buscar ayuda? | MIEDO DE ÉL 1 VERGÜENZA 2 CREIA QUE NO ERA NECESARIO 3 CREIA QUE DE NADA SERVIRIA 4 NO SABIA A DONDE ACUDIR 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 | 1213 |
| 1212 | Me puede decir si acudió por ayuda donde: A ¿Las amigas? B ¿La familia suya? C ¿La familia de él? D ¿La Fiscalía de la Mujer? E ¿La Policía? F ¿El Hospital? G ¿El Instituto de la Mujer? H ¿Un Centro de Salud? I ¿El Juzgado? J ¿Una ONG? K ¿La Iglesia? L ¿Otro sitio o persona? | <div>SI NO</div> <div>LAS AMIGAS 1 2</div> <div>LA FAMILIA DE ELLA 1 2</div> <div>LA FAMILIA DE ÉL 1 2</div> <div>LA FISCALIA DE LA MUJER 1 2</div> <div>LA POLICIA 1 2</div> <div>EL HOSPITAL 1 2</div> <div>EL INSTITUTO DE LA MUJER 1 2</div> <div>UN CENTRO DE SALUD 1 2</div> <div>EL JUZGADO 1 2</div> <div>UNA ONG 1 2</div> <div>LA IGLESIA 1 2</div> <div>OTRO SITIO O PERSONA 1 2</div> | |
| 1213 | Desde que usted cumplió 12 años hasta hoy ¿recuerda usted si alguien la forzó físicamente a tener relaciones o a hacer algún acto sexual que usted no quería? | SI..... 1 NO..... 2 | 1216 |
| 1214 | ¿Quién fue la persona que lo hizo? SONDEE: ¿Alguién mas? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA. | PADRE A PADRASTRO B OTRO FAMILIAR C MAESTRO D CONOCIDO E DESCONOCIDO F NOVIO G ESPOSO/COMPAÑERO H OTRO PERSONA X (ESPECIFIQUE) | |
| 1215 | ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS NO RECUERDA 98 | |
| 1216 | Antes de que usted cumpliera los 12 años, recuerda usted si alguna persona mayor que usted alguna vez la tocó sexualmente o le hizo algún acto sexual? | SI..... 1 NO..... 2 | 1219 |
| 1217 | ¿Quién era esa persona? SONDEE: ¿Alguién mas? REGISTRE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA. | PADRE A PADRASTRO B OTRO FAMILIAR C MAESTRO D CONOCIDO E DESCONOCIDO F NOVIO G ESPOSO/COMPAÑERO H OTRO PERSONA: X (ESPECIFIQUE) | |
| 1218 | ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS NO RECUERDA 98 | |
| 1219 | HORA DE TERMINACIÓN: | HORA MINUTOS | |

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.

LA COLUMNA DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE CON NACIMIENTOS, EMBARAZOS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

- 0 NINGÚN MÉTODO
1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
3 PASTILLAS
4 DIU
5 INYECCIONES
6 IMPLANTES O NORPLANT
7 CONDÓN
8 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA
9 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)
J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA, BILLINGS)
K MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR)
L RETIRO
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

| | | | | | |
|--|--|----|-----|-----|------|
| | | 12 | DIC | | 01 |
| | | 11 | NOV | | 02 |
| | | 10 | OCT | | 03 |
| | | 09 | SEP | | 04 |
| | | 2 | 08 | AGO | 05 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 06 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 07 0 |
| | | 6 | 05 | MAY | 08 6 |
| | | | 04 | ABR | 09 |
| | | | 03 | MAR | 10 |
| | | | 02 | FEB | 11 |
| | | | 01 | ENE | 12 |
| | | 12 | DIC | | 13 |
| | | 11 | NOV | | 14 |
| | | 10 | OCT | | 15 |
| | | 09 | SEP | | 16 |
| | | 2 | 08 | AGO | 17 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 18 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 19 0 |
| | | 5 | 05 | MAY | 20 5 |
| | | | 04 | ABR | 21 |
| | | | 03 | MAR | 22 |
| | | | 02 | FEB | 23 |
| | | | 01 | ENE | 24 |
| | | 12 | DIC | | 25 |
| | | 11 | NOV | | 26 |
| | | 10 | OCT | | 27 |
| | | 09 | SEP | | 28 |
| | | 2 | 08 | AGO | 29 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 30 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 31 0 |
| | | 4 | 05 | MAY | 32 4 |
| | | | 04 | ABR | 33 |
| | | | 03 | MAR | 34 |
| | | | 02 | FEB | 35 |
| | | | 01 | ENE | 36 |
| | | 12 | DIC | | 37 |
| | | 11 | NOV | | 38 |
| | | 10 | OCT | | 39 |
| | | 09 | SEP | | 40 |
| | | 2 | 08 | AGO | 41 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 42 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 43 0 |
| | | 3 | 05 | MAY | 44 3 |
| | | | 04 | ABR | 45 |
| | | | 03 | MAR | 46 |
| | | | 02 | FEB | 47 |
| | | | 01 | ENE | 48 |
| | | 12 | DIC | | 49 |
| | | 11 | NOV | | 50 |
| | | 10 | OCT | | 51 |
| | | 09 | SEP | | 52 |
| | | 2 | 08 | AGO | 53 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 54 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 55 0 |
| | | 2 | 05 | MAY | 56 2 |
| | | | 04 | ABR | 57 |
| | | | 03 | MAR | 58 |
| | | | 02 | FEB | 59 |
| | | | 01 | ENE | 60 |
| | | 12 | DIC | | 61 |
| | | 11 | NOV | | 62 |
| | | 10 | OCT | | 63 |
| | | 09 | SEP | | 64 |
| | | 2 | 08 | AGO | 65 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 66 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 67 0 |
| | | 1 | 05 | MAY | 68 1 |
| | | | 04 | ABR | 69 |
| | | | 03 | MAR | 70 |
| | | | 02 | FEB | 71 |
| | | | 01 | ENE | 72 |
| | | 12 | DIC | | 73 |
| | | 11 | NOV | | 74 |
| | | 10 | OCT | | 75 |
| | | 09 | SEP | | 76 |
| | | 2 | 08 | AGO | 77 2 |
| | | 0 | 07 | JUL | 78 0 |
| | | 0 | 06 | JUN | 79 0 |
| | | 0 | 05 | MAY | 80 0 |
| | | | 04 | ABR | 81 |
| | | | 03 | MAR | 82 |
| | | | 02 | FEB | 83 |
| | | | 01 | ENE | 84 |

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Comentarios sobre
preguntas específicas:

[illegible]

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

[illegible]

Nombre de la Supervisora: _____

Fecha:

| |
|--|
| |
| |
| |

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

[illegible]

Nombre de la Critica de Campo:

Fecha:

10. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.