



REPÚBLICA DE HONDURAS

**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD**  
**ENDESA 2005 - 2006**  
**CUESTIONARIO DE MUJER**



instituto nacional de estadística

**IDENTIFICACIÓN**

SEGMENTO CENSAL .....

SEGMENTO ENDESA .....

RECORRIDO .....

MANZANA .....

NÚMERO DE VIVIENDA .....

NÚMERO DE HOGAR DENTRO DE LA VIVIENDA .....

DEPARTAMENTO .....

MUNICIPIO .....

ÁREA:    URBANA    1    RURAL    2 .....

DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER \_\_\_\_\_


**CONSENTIMIENTO**

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística, institución que por especial encargo de la Secretaría de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres y los niño(a)s menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de vida de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijo(a)s. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio?. ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENCUESTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

¿LA ENTREVISTADA ACEPTA LA ENTREVISTA?    SI, ACEPTA                    1  
   SI, EN OTRO MOMENTO        2  
   NO, NO ACEPTA             3

**VISITAS DE LA ENCUESTADORA**

		1	2	3	VISITA FINAL	
FECHA					DÍA .....	
					MES .....	
NOMBRE DE LA ENCUESTADORA					AÑO .....	
					CÓDIGO ENCUESTADORA .....	
RESULTADO					RESULTADO .....	
PRÓXIMA VISITA: FECHA					NÚMERO TOTAL	
	HORA				DE VISITAS .....	

**CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA | 5 RECHAZO               |
| 2 AUSENTE             | 6 INCAPACITADA          |
| 3 POSTERGADA          | 7 OTRO RESULTADO: _____ |
| 4 INCOMPLETA          | (ESPECIFIQUE)           |

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

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
101	<b>ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA</b>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
102	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (LUGAR DE LA ENTREVISTA)?  SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>  SIEMPRE..... 95 → 104 VISITANTE ..... 96 → 104																									
103	Antes de que usted viniera a vivir aquí ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en una ciudad, un pueblo, una aldea, un caserío 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 9998																									
105	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?  COMPARE 104 Y 105. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									
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?  <b>SONDEE:</b> SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREESCOLAR.....</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA .....</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA CICLO COMÚN .....</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....</td> <td>4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....</td> <td>5</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA .....</td> <td>6</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO .....</td> <td>7</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	PREESCOLAR.....	1	<input type="text"/>	PRIMARIA .....	2	<input type="text"/>	SECUNDARIA CICLO COMÚN .....	3	<input type="text"/>	SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....	4	<input type="text"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....	5	<input type="text"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA .....	6	<input type="text"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO .....	7	<input type="text"/>	
	NIVEL	GRADO																									
PREESCOLAR.....	1	<input type="text"/>																									
PRIMARIA .....	2	<input type="text"/>																									
SECUNDARIA CICLO COMÚN .....	3	<input type="text"/>																									
SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....	4	<input type="text"/>																									
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....	5	<input type="text"/>																									
SUPERIOR UNIVERSITARIA .....	6	<input type="text"/>																									
POSTGRADO UNIVERSITARIO .....	7	<input type="text"/>																									
109	<b>VEA EN 107 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD:</b>  PREESCOLAR, <input type="text"/> 0, 1 ó 2 AÑOS DE PRIMARIA	OTRO NIVEL <input type="text"/>	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	<b>VERIFIQUE CÓDIGOS EN 110:</b>  CÓDIGOS <input type="text"/> 2, 3, Ó 4	CÓDIGOS <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después?  <b>SI DIJO NO, INDAGUE:</b> ¿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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	<b>SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"</b>	TOTAL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	<b>VERIFIQUE 208:</b> Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:  ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijas e hijos nacidos vivos durante toda su vida?  ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	<b>VERIFIQUE 208:</b>  UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/>  NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> →		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 I M I E N T O	212	213	214	215	216	217 SI ESTÁ VIVO	218 SI ESTÁ VIVO	219 SI ESTÁ VIVO	220 SI ESTÁ MUERTO	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), (etc.) hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?  <b>INDAGUE:</b> ¿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?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>ANOTE:</b> - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
03	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
04	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
05	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
06	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
07	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
08	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN  ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2

O R D E N D E L N A C I M I E N T O	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿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)?  <b>INDAGUE:</b> ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene?  ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTA VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTA VIVO REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR  (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	SI ESTA MUERTO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>ANOTE:</b> - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
09	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
10	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
11	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
12	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
13	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	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	<b>VERIFIQUE:</b> 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)									<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
223 B	<b>VEA 220:</b> 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.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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".									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 229 NO SABE / NO ESTA SEGURA ..... 8 → 229	
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene?  REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA.		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada <b>en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?</b>	EN ESE MOMENTO ..... 1 QUERÍA ESPERAR ..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS ..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 237	
230	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	<b>VERIFIQUE 230:</b>  ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="checkbox"/> EN ENERO DEL 2000 O DESPUÉS	ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ <input type="checkbox"/> ANTES DE ENERO DEL 2000 → 237	
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?  REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto en enero del 2000 o después?	SI..... 1 NO..... 2 → 235	
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DEL 2000. PONGA "T" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2000?	SI..... 1 NO..... 2 → 237	
236	¿En qué mes y año ocurrió el último embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2000?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  _____ FECHA, SI LA DA  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANTAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>  MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
238	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 → 301 NO SABE..... 8 → 301	
239	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	

**SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN**

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? - <b>ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</b> - <b>PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:</b>  ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - <b>ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</b>		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 INTERRUMPIDO) 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	<b>VERIFIQUE EN 302 SI HA USADO ALGUNA VEZ:</b>  NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> (NUNCA HA USADO) ↓      POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> (HA USADO ALGUNA VEZ) → 307		

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..... <input type="text"/>	
308	<b>VERIFIQUE 302(01):</b> MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	311A
309	<b>VERIFIQUE 226:</b> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	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 OPERACIÓN MASCULINA ..... B PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... H MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... I RITMO..... J MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) ..... K RETIRO..... L OTRO MÉTODO ..... X (ESPECIFIQUE)	316 316 315 315 315 315 315 319A 319A 319A 319A 319A
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: ..... (ESPECIFIQUE) NO VIO EL PAQUETE ..... 2	314
313	¿Sabe usted la marca de (pastillas/condones) que está usando? REGISTRE LA MARCA	MARCA ..... (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	
314	Cuántos (ciclos de pastillas/paquetes de condones) obtuvo la última vez?	NÚMERO DE CICLOS/PAQUETES <input type="text"/> 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 ..... GRATIS ..... 995 NO SABE ..... 998	319A 319A 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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS ..... 13 OTRO PÚBLICO: ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> 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	<b>VERIFIQUE 311/311A</b> CÓDIGO 'A' MARCADO <input type="checkbox"/> Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? CÓDIGO 'B' MARCADO <input type="checkbox"/> Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo/compañero que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
318	¿Cuánto pagó usted (su esposo/compañero) en total por la esterilización incluyendo el costo del método y la consulta?	COSTO ..... <input type="text"/> GRATIS .....9995 NO SABE .....9998	
319	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/esterilizaron?	MES ..... <input type="text"/>	
319A	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?  SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma ininterrumpida?	AÑO ..... <input type="text"/>	
320	VERIFIQUE EN 319/319A, 215 Y 230 SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACION DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DEL COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCION NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> →	REGRESE A 319/319A, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)	
321	<b>VERIFIQUE 319/319A:</b> EL AÑO ES 1999 O ANTES <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DEL 2000 <b>DESPUÉS PASE A → 331</b>	EL AÑO ES 2000 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> 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 <b>DESPUÉS PASE A → 322</b>	
322	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. 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. ANOTE EN EL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO, O '0' PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO 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?		
323	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	NO CÓDIGOS MARCADOS..... 00 → 333 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 326 OPERACIÓN MASCULINA ..... 02 → 335 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 → 324A RITMO..... 10 → 324A MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) ..... 11 → 324A RETIRO..... 12 → 335 OTRO MÉTODO: ..... 96 → 335 (ESPECIFIQUE)	
324	¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo?	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO: ..... 16 (ESPECIFIQUE)	
324A	¿Dónde aprendió sobre el MELA/ritmo/collar?  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	<b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA ..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA 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)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
325	<p><b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b></p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) ..... 11	332 329 329 329 329
326	<p>Usted consiguió (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) en (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 316 O 324) en (FECHA DE PREGUNTA 319/319A).</p> <p>¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?</p>	SI..... 1 NO..... 2	328
327	<p>¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?</p>	SI..... 1 NO..... 2	329
328	<p>¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
329	<p><b>VERIFIQUE 326</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO '1' MARCADO</p> <p>En ese momento, ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO '1' NO MARCADO</p> <p>Cuando obtuvo (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) de (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 316 O 324) ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	331
330	<p>¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
331	<p><b>VERIFIQUE 311/311A:</b></p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 OPERACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT ..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) ..... 11 RETIRO..... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	335 335 335
332	<p>¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO: _____ 16 (ESPECIFIQUE) <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA ..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 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) <p>OTRA: _____ 96            (ESPECIFIQUE)</p>	335 335

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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)  <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> 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	<b>VERIFIQUE 105:</b> 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	<b>VERIFIQUE 224:</b> 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	<b>VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2000:</b> ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA <b>SEGUNDA Y TERCERA</b> 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	<b>VEA EN 212 Y 216:</b> PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>																												
404	<b>DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO</b>	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	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada <b>en ese momento</b> , quería esperar <b>hasta más adelante</b> , o <b>no quería tener más hijos</b> ?	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	Cuando 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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... A HOSPITAL DEL IHSS ..... B CLÍNICA MI DE LA SS ..... C CESAMO ..... D CESAR ..... E OTRO: ..... F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... G CLÍNICA DE ASHONPLAFA ..... H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUERTO DE ONG ..... J CONSULTORIO MÉDICO/ 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: A ¿La pesaron? B ¿La midieron (talla)? C ¿Le tomaron la presión arterial? D ¿Le hicieron un examen de orina? E ¿Le hicieron un examen de sangre? F ¿Le midieron la barriga? G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé? H ¿Le dieron información sobre las formas en que se transmite el SIDA de la madre al hijo? I ¿Le ofrecieron hacerle prueba del SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right"><b>SI</b></td> <td align="right"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>PESARON.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>LA MIDIERON.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>INFORMACIÓN FORMAS TRANSMISIÓN MADRE A HIJO .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>OFRECIERON PRUEBA ....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	PESARON.....	1	2	LA MIDIERON.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	EXAMEN DE ORINA.....	1	2	EXAMEN DE SANGRE.....	1	2	BARRIGA.....	1	2	LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ .....	1	2	INFORMACIÓN FORMAS TRANSMISIÓN MADRE A HIJO .....	1	2	OFRECIERON PRUEBA ....	1	2
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																														
PESARON.....	1	2																														
LA MIDIERON.....	1	2																														
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																														
EXAMEN DE ORINA.....	1	2																														
EXAMEN DE SANGRE.....	1	2																														
BARRIGA.....	1	2																														
LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ .....	1	2																														
INFORMACIÓN FORMAS TRANSMISIÓN MADRE A HIJO .....	1	2																														
OFRECIERON PRUEBA ....	1	2																														
411.J	Durante cualquiera de sus controles prenatales ¿Le hicieron la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ←																														
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	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	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	<b>VERIFIQUE EN 415: NÚMERO DE VACUNAS</b>	2 O MÁS VECES <input type="text"/> OTRA <input type="text"/> (PASE A 421)		
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"/> 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	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  INDAGUE: ¿Alguien más?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	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	¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?  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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA .... 22 CLÍNICA PRIVADA ..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG .... 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... 25 OTRO PRIVADO ..... 26 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO</b> DOMICILIO ENTREVISTADA... 31 OTRO DOMICILIO ..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) <b>(PASE A 443) ←</b>	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA .... 22 CLÍNICA PRIVADA ..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG .... 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... 25 OTRO PRIVADO ..... 26 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO</b> DOMICILIO ENTREVISTADA... 31 OTRO DOMICILIO ..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) <b>(PASE A 444) ←</b>	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA .... 22 CLÍNICA PRIVADA ..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG .... 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... 25 OTRO PRIVADO ..... 26 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO</b> DOMICILIO ENTREVISTADA... 31 OTRO DOMICILIO ..... 32 OTRO LUGAR: _____ 96 (ESPECIFIQUE) <b>(PASE A 444) ←</b>
437	¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  DÍAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>  NO SABE ..... 998
438	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2
439	Después que (NOMBRE) nació, pero antes de haber sido dada de alta ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 442) ←</b>	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 455) ←</b>	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 455) ←</b>
440	¿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		
441	¿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) <b>(PASE A 452A) ←</b>		
442	Después de haber sido dada de alta de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 445) ←</b> <b>(PASE A 452A) ←</b>	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 455) ←</b> <b>(PASE A 455) ←</b>	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 455) ←</b> <b>(PASE A 455) ←</b>
443	¿Por qué no tuvo a (NOMBRE) en un establecimiento de salud?  SONDEE: ¿Alguna otra razón?  REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS POR LA ENTREVISTADA	MUY COSTOSO ..... A ESTABLECIMIENTO CERRADO 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	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?	SI ..... 1 NO ..... 2 <b>(PASE A 449) ←</b>	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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA .... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG .... 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 25 OTRO PRIVADO ..... 26 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO</b> DOMICILIO ENTREVISTADA... 31 OTRO DOMICILIO..... 32 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)																						
448	<b>VERIFIQUE 442:</b>	CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> (PASE A 452A) NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/>																						
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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DE LA SS ..... 11 HOSPITAL DEL IHSS ..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS ..... 13 CESAMO ..... 14 CESAR ..... 15 OTRO PÚBLICO ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA .... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG .... 24 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 25 OTRO PRIVADO ..... 26 (ESPECIFIQUE) <b>OTRO</b> 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:			
B	¿Hemorragias?	HEMORRAGIA ..... 1 2		
C	¿Hipertensión?	HIPERTENSIÓN ..... 1 2		
D	¿Infección?	INFECCIÓN ..... 1 2		
E	¿Trabajo de parto prolongado?	PARTO PROLONGADO ... 1 2		
F	¿Alguna otra complicación?	OTRA COMPLICACIÓN ... 1 2		
453	Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2		
454	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 456) ← NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 457) ←		
455	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 459) ←	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (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	<b>VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:</b>	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 459)		
458	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 460) ←		
459	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
460	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 467) ←	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 467) ←	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 467) ←
461	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
462	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 464) ←		
463	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más?  MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	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		
464	<b>VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO</b>	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 466)		
465	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 468) ← NO..... 2		
466	¿Durante cuántos meses le dio usted el pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	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
467	<b>VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:</b>	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 470) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 470) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 470) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MÁS PASE A 501)

	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 _____																																																												
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 ANOCHE..... <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 border="0"> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;"><b>SI NO</b></td><td></td></tr> <tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA MOVERSE</td><td>...</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> </table>			<b>SI NO</b>		DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2		PROB. PARA MOVERSE	...	1 2		PROB. PARA OIR	.....	1 2		RETRASO MENTAL	.....	1 2		<table border="0"> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;"><b>SI NO</b></td><td></td></tr> <tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA MOVERSE</td><td>...</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> </table>			<b>SI NO</b>		DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2		PROB. PARA MOVERSE	...	1 2		PROB. PARA OIR	.....	1 2		RETRASO MENTAL	.....	1 2		<table border="0"> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;"><b>SI NO</b></td><td></td></tr> <tr><td>DIF. EN LA VISIÓN</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA MOVERSE</td><td>...</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>PROB. PARA OIR</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> <tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>.....</td><td>1 2</td><td></td></tr> </table>			<b>SI NO</b>		DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2		PROB. PARA MOVERSE	...	1 2		PROB. PARA OIR	.....	1 2		RETRASO MENTAL	.....	1 2	
		<b>SI NO</b>																																																														
DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2																																																														
PROB. PARA MOVERSE	...	1 2																																																														
PROB. PARA OIR	.....	1 2																																																														
RETRASO MENTAL	.....	1 2																																																														
		<b>SI NO</b>																																																														
DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2																																																														
PROB. PARA MOVERSE	...	1 2																																																														
PROB. PARA OIR	.....	1 2																																																														
RETRASO MENTAL	.....	1 2																																																														
		<b>SI NO</b>																																																														
DIF. EN LA VISIÓN	.....	1 2																																																														
PROB. PARA MOVERSE	...	1 2																																																														
PROB. PARA OIR	.....	1 2																																																														
RETRASO MENTAL	.....	1 2																																																														
475	<b>VERIFIQUE 215 Y 217:</b> FECHA NACIMIENTO Y EDAD: "09" MESES A "35" MESES	0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482	0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482	0-8 MESES/ 3 AÑOS O MÁS <input type="text"/> ↓ PASE A 482																																																												
		09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479	09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479	09-15 MESES <input type="text"/> ↓ PASE A 479																																																												
		16-35 MESES <input type="text"/> ↓	16-35 MESES <input type="text"/> ↓	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																																																												

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN Y SALUD

501	<b>VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2000:</b> * 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 <b>SEGUNDA Y TERCERA</b> COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL.																																																																																																																																																			
502	<b>VEA EN 212 Y 216:</b>	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</b> NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																																																																																																																																																
503	<b>DE 216, SI ESTÁ VIVO O MUERTO</b>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)																																																																																																																																																
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 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ←  Sí, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 508) ←  NO TIENE ..... 3	Sí, VISTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ←  Sí, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 508) ←  NO TIENE ..... 3	Sí, VISTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ←  Sí, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 508) ←  NO TIENE ..... 3																																																																																																																																																
505	¿Tuvo usted alguna vez un Carné de Vacunación o comprobante de vacunas de (NOMBRE)?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 508) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 508) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (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.  <b>VACUNAS</b> BCG POLIO 0 POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 / PENTA 1 DPT 2 / PENTA 2 DPT 3 / PENTA 3 SRP (SARAMPIÓN)  <b>VITAMINA A</b> DOSIS MÁS RECIENTE SEGUNDA MÁS RECIENTE	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SRP</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SRP</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SRP</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>V A-R2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																	
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																	
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
	DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																	
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
P 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
D 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
SRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
V A-R2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																	
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 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 510) ←  NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 510) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 510) ←  NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 510) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 510) ←  NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 512) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 512) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/>	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/>	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
509B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 509E) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 509E) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 509E) ←																																																																																																																																																

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
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	<b>VERIFIQUE 506</b> <b>APARECE FECHA PARA DOSIS DE VITAMINA A</b>	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 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 515) ← (PASE A 515A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 515) ← (PASE A 515A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 515) ← (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			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO		
		NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		NOMBRE _____			NOMBRE _____			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:									
			SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS	
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 <b>misma</b> cantidad de líquidos que antes de la diarrea, <b>más</b> líquidos o <b>menos</b> líquidos?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio <b>mucho</b> menos líquido de lo acostumbrado o un <b>poco</b> menos?	MUCHO MENOS .....	1		MUCHO MENOS .....	1		MUCHO MENOS .....	1	
		UN POCO MENOS.....	2		UN POCO MENOS.....	2		UN POCO MENOS.....	2	
		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3	
		MÁS LÍQUIDOS.....	4		MÁS LÍQUIDOS.....	4		MÁS LÍQUIDOS.....	4	
		NADA LÍQUIDO .....	5		NADA LÍQUIDO .....	5		NADA LÍQUIDO .....	5	
		NO SABE .....	8		NO SABE .....	8		NO SABE .....	8	
521	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dio la <b>misma</b> cantidad de comida que de costumbre, le dio <b>más</b> o le dio <b>menos</b> ?  SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio <b>mucho</b> menos alimento de lo que le daba o un <b>poco</b> menos?	MUCHO MENOS .....	1		MUCHO MENOS .....	1		MUCHO MENOS .....	1	
		UN POCO MENOS.....	2		UN POCO MENOS.....	2		UN POCO MENOS.....	2	
		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3		LA MISMA CANTIDAD.....	3	
		MÁS CANTIDAD.....	4		MÁS CANTIDAD.....	4		MÁS CANTIDAD.....	4	
		NADA DE COMER.....	5		NADA DE COMER.....	5		NADA DE COMER.....	5	
		NO SABE .....	8		NO SABE .....	8		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/CLINICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE  _____ NOMBRE _____	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)	<b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE)	<b>OTRO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)	<b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE)	<b>OTRO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)	<b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO _____ O (ESPECIFIQUE)	<b>OTRO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
524	VERIFIQUE EN 523 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS	SÓLO UN CÓDIGO	(PASE A 526)	DOS O MÁS CÓDIGOS	SÓLO UN CÓDIGO	(PASE A 526)	DOS O MÁS CÓDIGOS	SÓLO UN CÓDIGO	(PASE A 526)
525	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez?  USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 523	PRIMER LUGAR .....	<input type="text"/>		PRIMER LUGAR .....	<input type="text"/>		PRIMER LUGAR .....	<input type="text"/>	
526	¿Cuántos días después de que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento?  SI MISMO DÍA, ANOTE '00'	DÍAS .....	<input type="text"/>		DÍAS .....	<input type="text"/>		DÍAS .....	<input type="text"/>	

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)?	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS O SUEROS ..... 1 2 8	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS SUEROS ..... 1 2 8	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS SUEROS ..... 1 2 8
528D	<b>VERIFIQUE EN 528A SI EL NIÑO RECIBIÓ LITROSOL (CÓDIGO '1' CIRCULADO)</b>	NO RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> (PASE A 529)	NO RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> (PASE A 529)	NO RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> RECIBIÓ LITROSOL <input type="checkbox"/> (PASE A 529)
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 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD ..... 06 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO ..... 07 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 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD ..... 06 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO ..... 07 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 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD ..... 06 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO ..... 07 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	<b>PASTILLA/JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS ..... K REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ ..... L SOBADA ..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>PASTILLA/JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS ..... K REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ ..... L SOBADA ..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>PASTILLA/JARABE</b> ANTIBIÓTICO ..... A ANTIMOTÍLICO ..... B ZINC ..... C OTRA PASTILLA/JARABE ..... D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E  <b>INYECCIÓN</b> ANTIBIÓTICO ..... F NO ANTIBIÓTICO ..... G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN .. H  <b>OTRO</b> SUERO INTRAVENOSO ..... I PURGANTE/DESPARASITANTE . J ANTIDIARREICOS ..... K REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ ..... L SOBADA ..... M OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
531	<b>VERIFIQUE EN 530 SI EL NIÑO RECIBIÓ ZINC (CÓDIGO 'C' CIRCULADO)</b>	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 533)	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 533)	CÓDIGO 'C' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'C' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/> (PASE A 533)
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 <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 _____
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	<b>VERIFIQUE EN 533 SI EL NIÑO(A) TUVO FIEBRE</b>	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/ NO SABE <input type="checkbox"/> (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 <b>misma</b> cantidad de líquidos que antes de la (fiebre/tos), <b>más</b> líquidos o <b>menos</b> líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio <b>mucho</b> 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 <b>misma</b> cantidad de comida que de costumbre, le dio <b>más</b> o le dio <b>menos</b> ? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio <b>mucho</b> menos comida de lo que le daba o un <b>poco</b> 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 _____	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ..... K CLÍNICA DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO ..... O (ESPECIFIQUE) <b>OTRO PRIVADO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ..... K CLÍNICA DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO ..... O (ESPECIFIQUE) <b>OTRO PRIVADO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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) <b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b> HOSPITAL ..... J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO ..... K CLÍNICA DE ONG ..... L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR ..... M FARMACIA ..... N OTRO PRIVADO ..... O (ESPECIFIQUE) <b>OTRO PRIVADO</b> PARTERA ..... P FAMILIARES ..... Q OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)
542	VERIFIQUE EN 541 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 544)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 544)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 544)
543	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 541	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
544	¿Cuántos días después de que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento?	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
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	
546	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 552) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 552) ←	
547	¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)?  SONDEE: ¿Algún otro medicamento?  ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS		<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E PRIMAQUINA ..... F OTRA ..... G (ESPECIFIQUE)		<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E PRIMAQUINA ..... F OTRA ..... G (ESPECIFIQUE)	
			<b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... H INYECCIONES ..... I		<b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... H INYECCIONES ..... I	
			<b>OTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA ..... J ACETAMINOFEN ..... K IBUPROFEN ..... L ANTIGRIPALES/EXPECTORANTES MUCOLÍTICOS ..... M PAÑOS HUMEDOS PARA LA FIEBRE ..... N REMEDIOS CASEROS ..... O BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) .... P AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ ..... Q <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUI		<b>OTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA ..... J ACETAMINOFEN ..... K IBUPROFEN ..... L ANTIGRIPALES/EXPECTORANTES MUCOLÍTICOS ..... M PAÑOS HUMEDOS PARA LA FIEBRE ..... N REMEDIOS CASEROS ..... O BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) .... P AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ ..... Q <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUI	
			NO SABE ..... Z		NO SABE ..... Z	
548	<b>VERIFIQUE EN 547 SI ALGUNO DE LOS CÓDIGOS DE LA "A" A LA "H" FUE CIRCULADO</b>		ALGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> NINGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 503 EN PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)		ALGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> NINGUNO CIRCULADO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 503 EN PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	
			↓		↓	
549	¿Ya usted tenía (NOMBRE DEL MEDICAMENTO EN PREGUNTA 547) en casa cuando (NOMBRE) se enfermó?  HAGA LA PREGUNTA PARA CADA MEDICAMENTO CIRCULADO EN LA PREGUNTA 547  SI LA RESPUESTA ES "SI", CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE		<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E PRIMAQUINA ..... F OTRA ..... G		<b>MED. CONTRA LA MALARIA</b> SP/FANSIDAR ..... A CLOROQUINA/ARALEN ..... B AMODIAQUINA ..... C QUININA ..... D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA ..... E PRIMAQUINA ..... F OTRA ..... G	
			<b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... H NINGUNO EN CASA ..... X		<b>ANTIBIÓTICOS</b> JARABES/PASTILLAS ..... H NINGUNO EN CASA ..... X	
552			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	<b>VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN EL 2000 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO _____ <input type="checkbox"/> 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	<b>VERIFIQUE 528A Y 528B, TODOS LOS NIÑO(A)S:</b> 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	<b>VERIFIQUE 215 Y 218:</b> 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA SOLA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LECHE EN POLVO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALIMENTOS FORTIFICADOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AVENA O POLEADA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	AGUA SOLA .....	1	2	8	LECHE EN POLVO .....	1	2	8	ALIMENTOS FORTIFICADOS .....	1	2	8	AVENA O 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.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:</th> <th colspan="3">MADRE Usted tomó/comió:</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B ¿Café o té?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>C ¿Refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>D ¿Otros líquidos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>E ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>F ¿Calabaza, zanahorias, ayote u otras frutas con interior de color amarillo o naranja?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>G ¿Papa, ñame, yuca, casave o alguna otra comida hecha de raíces?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>H ¿Brocoli, espinaca, acelgas, chipilin u otro vegetal verde?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>I ¿Mangos maduros, papayas, zapote, melón?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>J ¿Otras frutas o vegetales?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>K ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>L ¿Carne de res, cerdo, cordero, cabra, conejo, carne de monte?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>M ¿Pollo, pato u otras aves?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>N ¿Huevos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>O ¿Pescado seco o fresco, mariscos?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>P ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes o lentejas?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Q ¿Algunas nueces?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>R ¿Queso, yogurth u otro producto de leche?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>S ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa o mantequilla?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>T ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>U ¿Alguna otra comida sólida o semi-sólida?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:			MADRE Usted tomó/comió:			SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE	A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?	1	2	8	1	2	8	B ¿Café o té?	1	2	8	1	2	8	C ¿Refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?	1	2	8	1	2	8	D ¿Otros líquidos?	1	2	8	1	2	8	E ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos?	1	2	8	1	2	8	F ¿Calabaza, zanahorias, ayote u otras frutas con interior de color amarillo o naranja?	1	2	8	1	2	8	G ¿Papa, ñame, yuca, casave o alguna otra comida hecha de raíces?	1	2	8	1	2	8	H ¿Brocoli, espinaca, acelgas, chipilin u otro vegetal verde?	1	2	8	1	2	8	I ¿Mangos maduros, papayas, zapote, melón?	1	2	8	1	2	8	J ¿Otras frutas o vegetales?	1	2	8	1	2	8	K ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?	1	2	8	1	2	8	L ¿Carne de res, cerdo, cordero, cabra, conejo, carne de monte?	1	2	8	1	2	8	M ¿Pollo, pato u otras aves?	1	2	8	1	2	8	N ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8	O ¿Pescado seco o fresco, mariscos?	1	2	8	1	2	8	P ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes o lentejas?	1	2	8	1	2	8	Q ¿Algunas nueces?	1	2	8	1	2	8	R ¿Queso, yogurth u otro producto de leche?	1	2	8	1	2	8	S ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa o mantequilla?	1	2	8	1	2	8	T ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?	1	2	8	1	2	8	U ¿Alguna otra comida sólida o semi-sólida?	1	2	8				
	NIÑO (NOMBRE) tomó/comió:			MADRE Usted tomó/comió:																																																																																																																																																															
	SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																																													
A ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
B ¿Café o té?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
C ¿Refrescos en botella o jugos en lata o en cartón?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
D ¿Otros líquidos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
E ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
F ¿Calabaza, zanahorias, ayote u otras frutas con interior de color amarillo o naranja?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
G ¿Papa, ñame, yuca, casave o alguna otra comida hecha de raíces?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
H ¿Brocoli, espinaca, acelgas, chipilin u otro vegetal verde?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
I ¿Mangos maduros, papayas, zapote, melón?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
J ¿Otras frutas o vegetales?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
K ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
L ¿Carne de res, cerdo, cordero, cabra, conejo, carne de monte?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
M ¿Pollo, pato u otras aves?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
N ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
O ¿Pescado seco o fresco, mariscos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
P ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes o lentejas?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
Q ¿Algunas nueces?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
R ¿Queso, yogurth u otro producto de leche?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
S ¿Alguna comida hecha con aceite, grasa o mantequilla?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
T ¿Alguna comida azucarada como chocolates, dulces, pan dulce, pasteles o repostería?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																																													
U ¿Alguna otra comida sólida o semi-sólida?	1	2	8																																																																																																																																																																
560	<b>VERIFIQUE 558C Y 558D; Y 559E HASTA 559U PARA EL NIÑO(A):</b> POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NINGUNO <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 ..... <input type="checkbox"/> NO SABE 8																																																																																																																																																																	

SECCIÓN 5B. AUTOPSIA VERBAL

567	<b>VERIFIQUE 215 Y 216:</b>  UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000 Y QUE MURIÓ <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2000 QUE MURIÓ <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="checkbox"/> → PASE A 601		
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	<b>VEA EN 212, 215 Y 216</b>  PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2000, ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE QUIENES MURIERON	<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</b>  NÚMERO DE ORDEN <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO  NOMBRE _____	<b>PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</b>  NÚMERO DE ORDEN <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO  NOMBRE _____	<b>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ</b>  NÚMERO DE ORDEN <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO  NOMBRE _____
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 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> (PASE A 572) ←	ACCIDENTE ..... 1 ENFERMEDAD ..... 2 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> (PASE A 572) ←	ACCIDENTE ..... 1 ENFERMEDAD ..... 2 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> (PASE A 572) ←
571	¿Qué accidente tuvo?  REGISTRE TEXTUALMENTE	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ (PASE A 580)	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ (PASE A 580)	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ (PASE A 580)
572	En sus palabras, ¿Qué es lo que más recuerda de esa enfermedad?  REGISTRE TEXTUALMENTE	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ _____	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ _____	_____ <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> _____ _____ _____ _____
573	Por favor dígame si durante la semana antes de morir (NOMBRE):	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>
A	¿No comió nada?	NO COMIÓ NADA ..... 1 2 8	NO COMIÓ NADA ..... 1 2 8	NO COMIÓ NADA ..... 1 2 8
B	¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA ..... 1 2 8	LECHE MATERNA ..... 1 2 8	LECHE MATERNA ..... 1 2 8
C	¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHEs ..... 1 2 8	OTRAS LECHEs ..... 1 2 8	OTRAS LECHEs ..... 1 2 8
D	¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS ..... 1 2 8	OTROS LÍQUIDOS ..... 1 2 8	OTROS LÍQUIDOS ..... 1 2 8
E	¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS ..... 1 2 8	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS ..... 1 2 8	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS ..... 1 2 8
574	<b>VEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS PREG. 220 SI NIÑO(A) MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 29 DÍAS DE EDAD</b>	ANTES DE 29 DÍAS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/>  29 DÍAS O MÁS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/> (PASE A 578)	ANTES DE 29 DÍAS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/>  29 DÍAS O MÁS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/> (PASE A 578)	ANTES DE 29 DÍAS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/>  29 DÍAS O MÁS <input style="width:30px; height:20px;" type="checkbox"/> (PASE A 578)
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:	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>	<b>NS/</b> <b>SI NO NR</b>
A	¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO ..... 1 2 8	SANGRADO ..... 1 2 8	SANGRADO ..... 1 2 8
B	¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS ..... 1 2 8	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS ..... 1 2 8	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS ..... 1 2 8
C	¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS ..... 1 2 8	DOLORES MAS DE 13 HORAS ..... 1 2 8	DOLORES MAS DE 13 HORAS ..... 1 2 8
D	¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES ..... 1 2 8	NACIÓ DE PIES ..... 1 2 8	NACIÓ DE PIES ..... 1 2 8
E	¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO ..... 1 2 8	ATRAVESADO ..... 1 2 8	ATRAVESADO ..... 1 2 8
F	¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO ..... 1 2 8	CORDÓN ENROLLADO ..... 1 2 8	CORDÓN ENROLLADO ..... 1 2 8
G	¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR ..... 1 2 8	NIÑO NO PODÍA SALIR ..... 1 2 8	NIÑO NO PODÍA SALIR ..... 1 2 8
H	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA ..... 1 2 8	CESÁREA ..... 1 2 8	CESÁREA ..... 1 2 8
I	¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER ..... 1 2 8	LLORÓ AL NACER ..... 1 2 8	LLORÓ AL NACER ..... 1 2 8
J	¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO ..... 1 2 8	NIÑO MORADO ..... 1 2 8	NIÑO MORADO ..... 1 2 8

		ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ			PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ			ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ					
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>			NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>			NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>					
		NOMBRE _____			NOMBRE _____			NOMBRE _____					
577	Durante los días antes de que muriera (NOMBRE):			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>			
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	¿Tenía el pecho hundido?	PECHO HUNDIDO .....	1	2	8	PECHO HUNDIDO .....	1	2	8	PECHO HUNDIDO .....	1	2	8
D	¿Tenía la respiración 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?	FIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS .....	1	2	8	FIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS .....	1	2	8	FIEBRE 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 .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		No. DE VECES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		No. DE VECES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	¿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):			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>			
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 respiración 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 chiñadera)?	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?	FIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS .....	1	2	8	FIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS .....	1	2	8	FIEBRE 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 .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		No. DE VECES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		No. DE VECES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	¿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):			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			<b>NS/</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR</b>			
A	BCG?	BCG .....	1	2	8	BCG .....	1	2	8	BCG .....	1	2	8
B	DPT/PENTAVALENTE?	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		SI .....	1		SI .....	1	
		NO .....	2		NO .....	2		NO .....	2	
		(PASE A 583B) ← <input type="text"/>			(PASE A 583B) ← <input type="text"/>			(PASE A 583B) ← <input type="text"/>		

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

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..... <input type="text"/>	
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	<b>VERIFIQUE 609:</b> CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo o compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?	MES..... <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	617
616	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/>	
617	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
618	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre 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 ..... <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ ..... 95	621 621
619	<b>VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS</b> 15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>		
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	<b>VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS</b> 15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>		
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



627A	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que nadie tendrá acceso a ellas. Si hay alguna pregunta que usted no quiera contestar, por favor me lo dice y pasaremos a la próxima pregunta. <b>PASE A 628</b>			
		<b>ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>	<b>ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL</b>
627B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona?		DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS .... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS .... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
628	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona ¿usaron condón?	SI ..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 630) ←</b>	SI ..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 630) ←</b>	SI ..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 630) ←</b>
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 <input type="checkbox"/> COMPAÑERO ..... 02 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636) ←</b>  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL .... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO ..... 01 <input type="checkbox"/> COMPAÑERO ..... 02 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636) ←</b>  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL .... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO ..... 01 <input type="checkbox"/> COMPAÑERO ..... 02 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636) ←</b>  NOVIO/ENAMORADO ..... 03 AMIGO ..... 04 CONOCIDO CASUAL ..... 05 PARIENTE ..... 06 TRABAJADOR SEXUAL .... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)
631	¿Durante cuánto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI SOLAMENTE UNA VEZ, REGISTRE '01' DÍAS	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
632	<b>VERIFIQUE EN 105 SI LA ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS</b>	MUJER 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ MUJER 25-49 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636)</b>	MUJER 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ MUJER 25-49 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636)</b>	MUJER 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ MUJER 25-49 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 636)</b>
633	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(PASE A 636) ←</b> NO SABE ..... 98	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(PASE A 636) ←</b> NO SABE ..... 98	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <b>(PASE A 636) ←</b> 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 <b>(PASE A 636) ←</b>	MAYOR ..... 1 MAS JÓVEN ..... 2 LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE . 8 <b>(PASE A 636) ←</b>	MAYOR ..... 1 MAS JÓVEN ..... 2 LA MISMA EDAD ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE . 8 <b>(PASE A 636) ←</b>
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 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 638) ←</b>	SI ..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 638) ←</b>	SI ..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 639) ←</b>
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 <input type="checkbox"/> <b>(REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA)</b> NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 640) ←</b>	SI..... 1 <input type="checkbox"/> <b>(REGRESE A 627B EN PRÓXIMA COLUMNA)</b> NO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>(PASE A 640) ←</b>	
639	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?			NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD ..... A HOSPITAL DEL IHSS ..... B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS ..... C CESAMO ..... D CESAR ..... E OTRO PÚBLICO: _____ F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> 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)  <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)	
643	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA ..... 8	
645	<b>VERIFIQUE EN 105 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS</b>  15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/> → 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NUNCA HA MENSTRUADO ..... 96  NO SABE/NO RECUERDA ..... 98	

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

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



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
711A	<b>VERIFIQUE EN 711 SI LA RESPUESTA ES "NO EN UNIÓN"</b>  NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <b>711=11</b>	OTRAS <input type="checkbox"/>	713																		
712	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																			
713	<b>VERIFIQUE 216:</b> TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?  INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 → 715 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA _____ 96 → 715 (ESPECIFIQUE)																			
714	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE      MUJER      CUALQUIERA NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)																			
715	Durante los últimos meses: A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar? D ¿Usted ha leído en trifolios y/o afiches algo sobre planificación familiar? E ¿Usted ha visto o leído en otro medio algo sobre planificación familiar?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICOS / REVISTAS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRIFOLIOS Y/O AFICHES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRO MEDIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	RADIO .....	1	2	TELEVISIÓN .....	1	2	PERIÓDICOS / REVISTAS .....	1	2	TRIFOLIOS Y/O AFICHES .....	1	2	OTRO MEDIO .....	1	2	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																			
RADIO .....	1	2																			
TELEVISIÓN .....	1	2																			
PERIÓDICOS / REVISTAS .....	1	2																			
TRIFOLIOS Y/O AFICHES .....	1	2																			
OTRO MEDIO .....	1	2																			
717	<b>VERIFIQUE 601:</b> SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> <b>601 = 1</b> SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> <b>601 = 2</b> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <b>601 = 3</b>		801																		
718	<b>VERIFIQUE 311/311A, SI USA ACTUALMENTE</b> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> → 722 CÓDIGOS 'B', 'G' Ó 'L' <input type="checkbox"/> → 720 OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/>																				
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	<b>VERIFIQUE 311/311A</b> NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		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	<b>VERIFIQUE 601, 602:</b>  ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> <b>601 = 1,2</b> ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> <b>602 = 1,2</b> NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <b>602 = 3</b>		803 807																								
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>																									
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?  <b>SONDEE:</b> SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRE-ESCOLAR.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA .....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA CICLO COMÚN .....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA .....</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO .....</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA .....	2	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA CICLO COMÚN .....	3	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....	4	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....	5	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA .....	6	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO .....	7	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL	GRADO																									
PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>																									
PRIMARIA .....	2	<input type="checkbox"/>																									
SECUNDARIA CICLO COMÚN .....	3	<input type="checkbox"/>																									
SECUNDARIA DIVERSIFICADO .....	4	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA .....	5	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR UNIVERSITARIA .....	6	<input type="checkbox"/>																									
POSTGRADO UNIVERSITARIO .....	7	<input type="checkbox"/>																									
806	<b>VERIFIQUE 801:</b> ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? ¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																									
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?	<input type="text"/> <input type="text"/> (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																									
812	<b>VERIFIQUE 811:</b> TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	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	<b>VERIFIQUE 601:</b> ACTUALMENTE EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	824																																		
819	<b>VERIFIQUE 817:</b> CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <input type="checkbox"/>	NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	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 <b>actividades</b> , 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 tuyas o a su familia?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></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>		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	
	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 <b>decisiones</b> , 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 border="1"> <thead> <tr> <th></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>		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															
	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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>EDUC. SEX NIÑOS ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>EDUC. SEX. JÓVENES ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A	EDUC. SEX NIÑOS ..... 1	2	8	B	EDUC. SEX. JÓVENES ..... 1	2	8	C	MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL ..... 1	2	8	D	PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES ..... 1	2	8	E	RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR ..... 1	2	8	F	DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE ..... 1	2	8	G	ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA ..... 1	2	8			
	SI	NO	NS																																		
A	EDUC. SEX NIÑOS ..... 1	2	8																																		
B	EDUC. SEX. JÓVENES ..... 1	2	8																																		
C	MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL ..... 1	2	8																																		
D	PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES ..... 1	2	8																																		
E	RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR ..... 1	2	8																																		
F	DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE ..... 1	2	8																																		
G	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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRESENTES, NO ESCUCHAN</th> <th>PRESENTES, ESCUCHAN</th> <th>NO PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS VARONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRESENTES, ESCUCHAN	NO PRES.	NIÑOS	1	2	8	ESPOSO	1	2	8	OTROS VARONES	1	2	8	OTRAS MUJERES	1	2	8															
	PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRESENTES, ESCUCHAN	NO PRES.																																		
NIÑOS	1	2	8																																		
ESPOSO	1	2	8																																		
OTROS VARONES	1	2	8																																		
OTRAS MUJERES	1	2	8																																		
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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>SI ELLA SALE ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>DESCUIDA NIÑOS ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>DISCUTE CON EL ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>NO SEXO ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>QUEMA LA COMIDA ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	A	SI ELLA SALE ..... 1	2	8	B	DESCUIDA NIÑOS ..... 1	2	8	C	DISCUTE CON EL ..... 1	2	8	D	NO SEXO ..... 1	2	8	E	QUEMA LA COMIDA ..... 1	2	8											
	SI	NO	NO SABE																																		
A	SI ELLA SALE ..... 1	2	8																																		
B	DESCUIDA NIÑOS ..... 1	2	8																																		
C	DISCUTE CON EL ..... 1	2	8																																		
D	NO SEXO ..... 1	2	8																																		
E	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 A B	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de:  La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center"><b>SI</b></td> <td align="center"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>VIH.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>SIDA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	VIH.....	1	2	SIDA.....	1	2	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>										
VIH.....	1	2										
SIDA.....	1	2										
902A	<b>VERIFIQUE 901:</b>  POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/>	NINGÚN SI <input type="checkbox"/>	→ 944									
902B	¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA?  INDAGUE: ¿Alguna otra fuente?  CIRCULE TODAS LAS FUENTES MENCIONADAS	RADIO ..... A TELEVISIÓN ..... B PERIÓDICOS/REVISTAS ..... C TRIFOLIOS/AFICHES ..... D TRABAJADORES DE SALUD ..... E IGLESIA ..... F ESCUELAS/MAESTROS ..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS ..... H AMIGOS/PARIENTES ..... I LUGAR DE TRABAJO ..... J AUDIOVISUALES/PELÍCULAS ..... K CHARLAS CON DESCONOCIDOS ..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)  NO SABE ..... Z										
903A	¿Pueden las personas evitar contraer el virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no esté infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
903B	¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
904	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
905	¿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??	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
906	¿Pueden las personas protegerse de infectarse del virus que causa el SIDA, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
907	¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA debido a brujerías o medios sobrenaturales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8										
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?	SI..... 1 NO..... 2 → 910 NO SABE..... 8 → 910										
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	ABSTENERSE DE TENER SEXO..... A USAR CONDONES ..... B TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA ..... C DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES ..... D NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS ..... E NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA ..... F NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES..... G NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS ..... H EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITAR INYECCIONES ..... J NO BESARSE ..... K NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA ..... L EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO ..... M NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR ..... N TENER BUENA DIETA ..... O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL.SEXUAL..... Q TENER CUIDADO AL ENTRAR A BAÑOS PÚBLICOS... R OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)  NO SABE ..... Z										

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? .....	DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8	
B	¿Durante el parto? .....	DURANTE EL PARTO..... 1 2 8	
C	¿Durante la lactancia? .....	DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8	
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)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD ..... A HOSPITAL DEL IHSS ..... B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS ..... C CESAMO ..... D LABORATORIO DE LA SS ..... E OTRO PÚBLICO: ..... F (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL ..... G CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... H CLÍNICA DE ONG ..... I CRUZ ROJA ..... J LABORATORIO PRIVADO ..... K OTRO PRIVADO: ..... L (ESPECIFIQUE) OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
930A	<b>VERIFIQUE 411J Y 411K: PRUEBA DE VIH/SIDA</b>  CÓDIGO '1' <input type="checkbox"/> NO MARCADO 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	



**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/DEPENDE ..... 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 ..... <input type="text"/>  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 ..... <input type="text"/>  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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)  <b>SECTOR PRIVADO</b> 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 últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS ..... <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
1013	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el cuidado de su salud. Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, <b>para Ud. es un gran problema:</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: right;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>A ¿Saber a dónde ir? .....</td> <td>DÓNDE IR ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Conseguir permiso para ir? .....</td> <td>CONSEGUIR PERMISO PARA IR..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Conseguir dinero para el tratamiento? .....</td> <td>CONSEGUIR DINERO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿La distancia de los servicios médicos? .....</td> <td>LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Tener que tomar transporte? .....</td> <td>MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F ¿No querer ir sola? .....</td> <td>NO QUERER IR SOLA..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda? .....</td> <td>SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda? ...</td> <td>QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles? ...</td> <td>NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	A ¿Saber a dónde ir? .....	DÓNDE IR ..... 1	2	B ¿Conseguir permiso para ir? .....	CONSEGUIR PERMISO PARA IR..... 1	2	C ¿Conseguir dinero para el tratamiento? .....	CONSEGUIR DINERO..... 1	2	D ¿La distancia de los servicios médicos? .....	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1	2	E ¿Tener que tomar transporte? .....	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.... 1	2	F ¿No querer ir sola? .....	NO QUERER IR SOLA..... 1	2	G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda? .....	SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1	2	H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda? ...	QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .... 1	2	I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles? ...	NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.... 1	2	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																															
A ¿Saber a dónde ir? .....	DÓNDE IR ..... 1	2																															
B ¿Conseguir permiso para ir? .....	CONSEGUIR PERMISO PARA IR..... 1	2																															
C ¿Conseguir dinero para el tratamiento? .....	CONSEGUIR DINERO..... 1	2																															
D ¿La distancia de los servicios médicos? .....	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1	2																															
E ¿Tener que tomar transporte? .....	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE.... 1	2																															
F ¿No querer ir sola? .....	NO QUERER IR SOLA..... 1	2																															
G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda? .....	SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1	2																															
H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda? ...	QUE NO HAYA NADIE QUE ATIENDA .... 1	2																															
I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles? ...	NO DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS.... 1	2																															
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	<b>VERIFIQUE 401:</b>  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 tétanos, esto es una inyección que se coloca en el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 → 1018 NO SABE..... 8 → 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 ..... [ ][ ][ ][ ] → 1018 NO SABE AÑO ..... 9998																															
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 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	<b>SECTOR PÚBLICO</b> 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)  <b>SECTOR PRIVADO</b> 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 border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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	<b>VERIFIQUE 401:</b>  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	<b>VERIFIQUE EN 217 SI TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR: 4 - 24 AÑOS</b>  TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS EN EDAD ESCOLAR <input type="checkbox"/>		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	<b>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</b> NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD  HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/>	NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> SOLICITE A LA ENTREVISTADA QUE RETIRE A LAS OTRAS PERSONAS <b>DESPUÉS PASE A 1201</b>																						
1201	<b>LEA A LA ENTREVISTADA</b> 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	<b>VERIFIQUE 601</b> ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> <b>601=1,2</b>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <b>601=3</b>	→ 1204																					
1203	¿Con qué frecuencia llega tomado su esposo/compañero al hogar?	NUNCA ..... 1 DE VEZ EN CUANDO ..... 2 UNA VEZ AL MES ..... 3 FINES DE SEMANA ..... 4 UNA VEZ A LA QUINCENA ..... 5 TODOS LOS DÍAS ..... 6 NO RESPONDE ..... 8																						
1204	Desde que usted cumplió 15 años ¿ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1206																					
1205	¿Quién la ha golpeado o maltratado físicamente?  SONDEE: ¿Alguién mas?  REGISTRE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA.	MADRE ..... A PADRE ..... B PADRASTRO ..... C HERMANO/A ..... D OTRO FAMILIAR ..... E NOVIO ..... F ESPOSO/COMPAÑERO ..... G EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... H CONOCIDO ..... I DESCONOCIDO ..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																						
1206	¿Durante los últimos 12 meses, ha tenido esposo, compañero, pareja, novio o enamorado?	SI..... 1 NO..... 2	→ 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:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Le dijo o hizo algo para humillarla? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Le lanzó algo? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿La golpeó? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿La amenazó? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E ¿La amenazó con un arma? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F ¿La ha obligado a tener relaciones sexuales aunque Ud. no quería? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Le dijo o hizo algo para humillarla? .....	1	2	B ¿Le lanzó algo? .....	1	2	C ¿La golpeó? .....	1	2	D ¿La amenazó? .....	1	2	E ¿La amenazó con un arma? .....	1	2	F ¿La ha obligado a tener relaciones sexuales aunque Ud. no quería? .....	1	2	
	SI	NO																						
A ¿Le dijo o hizo algo para humillarla? .....	1	2																						
B ¿Le lanzó algo? .....	1	2																						
C ¿La golpeó? .....	1	2																						
D ¿La amenazó? .....	1	2																						
E ¿La amenazó con un arma? .....	1	2																						
F ¿La ha obligado a tener relaciones sexuales aunque Ud. no quería? .....	1	2																						
1208	<b>VERIFIQUE 1207:</b> ALGUNA RESPUESTA 'SI' <input type="checkbox"/>	TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO' <input type="checkbox"/>	→ 1213																					
1209	Dígame por favor, si durante los últimos 12 meses le sucedió lo siguiente después de una pelea con su pareja (o ex).	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Tuvo moretones y dolores? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Tuvo una herida o hueso quebrado? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Tuvo moretones y dolores? .....	1	2	B ¿Tuvo una herida o hueso quebrado? .....	1	2													
	SI	NO																						
A ¿Tuvo moretones y dolores? .....	1	2																						
B ¿Tuvo una herida o hueso quebrado? .....	1	2																						
1209C	<b>VERIFIQUE 1209</b> ALGUNA RESPUESTA 'SI' <input type="checkbox"/>	TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO' <input type="checkbox"/>	→ 1209E																					
1209D	¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?	SI..... 1 NO..... 2																						

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1209E	<b>VERIFIQUE 1207 Y 1209</b> ALGUNA RESPUESTA 'SI' <input type="checkbox"/>	TODAS LAS RESPUESTAS FUERON 'NO' <input type="checkbox"/>	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:	<b>SI NO</b>	
A	¿Las amigas? .....	LAS AMIGAS ..... 1 2	
B	¿La familia suya? .....	LA FAMILIA DE ELLA ..... 1 2	
C	¿La familia de él? .....	LA FAMILIA DE ÉL ..... 1 2	
D	¿La Fiscalía de la Mujer? .....	LA FISCALIA DE LA MUJER ..... 1 2	
E	¿La Policía? .....	LA POLICIA ..... 1 2	
F	¿El Hospital? .....	EL HOSPITAL ..... 1 2	
G	¿El Instituto de la Mujer? .....	EL INSTITUTO DE LA MUJER ..... 1 2	
H	¿Un Centro de Salud? .....	UN CENTRO DE SALUD ..... 1 2	
I	¿El Juzgado? .....	EL JUZGADO ..... 1 2	
J	¿Una ONG? .....	UNA ONG ..... 1 2	
K	¿La Iglesia? .....	LA IGLESIA ..... 1 2	
L	¿Otro sitio o persona? .....	OTRO SITIO O PERSONA ..... 1 2	
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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 98	
1219	<b>HORA DE TERMINACIÓN:</b>	HORA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

