



República de Nicaragua
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS
Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1997/1998
CUESTIONARIO DE MUJERES

IDENTIFICACION	
<p>DEPARTAMENTO.....</p> <p>MUNICIPIO.....</p> <p>DISTRITO.....</p> <p>SEGMENTO CENSAL.....</p> <p>CONGLOMERADO DHS.....</p> <p>NUMERO DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO.....</p> <p>NOMBRE DEL BARRIO O LOCALIDAD, COMARCA.....</p> <p>DIRECCION EXACTA DE LA VIVIENDA.....</p> <p>NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR.....</p> <p>NOMBRE Y NUMERO DE LINEA DE LA MUJER.....</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; bottom: 0; right: 0; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div>

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA				DIA
				MES
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				AÑO
				NOMBRE
RESULTADO				RESULTADO
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS
<p>CODIGOS DE RESULTADO:</p> <p>1. ENTREVISTA COMPLETA</p> <p>2. AUSENTE</p> <p>3. APLAZADA</p> <p>4. RESPONDIDA PARCIALMENTE</p> <p>5. RECHAZADA</p> <p>6. INCAPACITADA</p> <p>7. OTRA _____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>				

<p>NOMBRE</p> <p>FECHA</p>	<p>SUPERVISORA:</p> <p>_____</p>	<p>CRITICADO EN EL CAMPO POR:</p> <p>_____</p>	<p>CRITICADO EN LA OFICINA POR:</p> <p>_____</p>	<p>DIGITADO POR:</p> <p>_____</p>
----------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. ¿Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo aquí en _____? (LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	105
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL..... 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
105	¿En qué fecha nació Ud.? (Anote 98 si no sabe día o mes, insista con el año, si no sabe anote 9998)	DIA MES AÑO	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106, CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
107	¿Alguna vez asistió usted a algún centro de enseñanza primaria, secundaria o universitaria?	SI..... 1 NO..... 2	114
108	¿Cuál fue el último año de estudios que usted aprobó y de qué nivel?	NINGUNO..... 000 PREESCOLAR..... 1 ALFABETIZADA..... 2 PRIMARIA..... 3 SECUNDARIA..... 4 TECNICO..... 5 UNIVERSITARIA..... 6	
110	VERIFIQUE 106: MENOS DE 25 AÑOS 25 AÑOS O MAS		113
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza primaria, secundaria o universitaria?	SI 1 NO 2	113
112	¿Cuál fue la razón principal por la que usted dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO O UNIO..... 02 PARA CUIDAR LOS NIÑOS PEQUEÑOS..... 03 PARA AYUDAR A LA FAMILIA EN LA FINCA O EN LOS NEGOCIOS... 04 NO PODIAN PAGAR LA ESCUELA..... 05 NECESITABA GANAR DINERO 06 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO QUISO SEGUIR ESTUDIANDO..... 08 ESCUELA MUY LEJOS..... 09 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	VERIFIQUE 108: NINGUNO, PREESCOLAR, ALFABETIZADA O PRIMARIA SECUNDARIA O UNIVERSITARIA		115
114	¿Puede usted leer y entender una carta o un periódico fácilmente, con dificultad, o no puede?	FACILMENTE 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE LEERLO..... 3	116
115	¿Lee usted usualmente el periódico o una revista al menos una vez por semana?	SI..... 1 NO..... 2	
116	¿Generalmente, escucha usted la radio todos los días?	SI..... 1 NO..... 2	
117	¿Ve usted televisión al menos una vez por semana?	SI..... 1 NO..... 2	

NO	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
120	COTEJE LA P.16 EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR LA MUJER ENTREVISTADA NO ES RESIDENTE HABITUAL	LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL	201
121	Ahora, me gustaría preguntarle acerca del sitio en el que usted vive habitualmente. ¿Vive Ud. Habitualmente en la capital, una ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero? (NOMBRE DEL LUGAR) SI RESPONDE CIUDAD O PUEBLO ANOTE EL NOMBRE	EN LA CAPITAL 1 CIUDAD O PUEBLO 2 CAMPO 3 EN EL EXTRANJERO 4	123
122	¿A cuál MUNICIPIO pertenece ese lugar?	(NOMBRE DEL MUNICIPIO)	
123	TIPO DE VIVIENDA. ¿Cómo es su casa? DE ACUERDO A LA DESCRIPCION ANOTE EL CODIGO CORRESPONDIENTE	CASA O QUINTA.....01 CUARTO EN CUARTERIA.....02 RANCHO O CHOZA.....03 VIVIENDA IMPROVISADA.....04 APARTAMENTO O PIEZA.....05 LOCAL USADO COMO VIVIENDA.....06 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
124	¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda?	MADERA, TAMBO, ETC..... 01 EMBALDOSADO..... 02 LADRILLO DE BARRO..... 03 LADRILLO DE CEMENTO, MOSAICO O TERRAZO..... 04 TIERRA..... 05 OTRO..... 96	
125	¿Qué clase de alumbrado tiene su vivienda?	LUZ ELECTRICA 1 GAS (KEROSENE) 2 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
126	¿Cómo se abastece de agua su vivienda?	AGUA DE TUBERIA DENTRO DE LA VIVIENDA 11 FUERA DE LA VIVIENDA 12 PUESTO PUBLICO/PRIVADO 13 AGUA DE POZO POZO PUBLICO 21 POZO PRIVADO 22 AGUA DE SUPERFICIE RIO O QUEBRADA 31 AGUA SUBTERRANEA MANANTIAL U OJO DE AGUA 32 LLUVIA LLUVIA 41 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	126A 127
126A	¿Quién suministra el servicio de agua en su vivienda, INAA o la Alcaldía?	INAA 01 LA ALCALDIA..... 02 NO SABE 08	
127	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su vivienda?	INODORO QUE DESCARGA A LAS AGUAS NEGRAS.....11 QUE DESCARGA A FOSO SEPTICO.....12 QUE DESCARGA EN SUMIDERO.....13 DA AL CAUCE, RIO O QUEBRADA...14 QUE DA A LAS AGUAS PLUVIALES...15 EXCUSADO O LETRINA TRADICIONAL CON FOSO SIN VENTILACION21 CON VENTILACION.....22 ABONERA.....23 COLGANTE.....24 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO TIENE.....97	
128	¿Cómo eliminan la basura en su vivienda?	CAMION RECOLECTOR.....01 LA QUEMAN.....02 LA ENTIERRAN.....03 CARRETON DE LIMPIEZA.....04 PAGAN PARA QUE LA BOTEN.....05 BOTAN EN BASURERO AUTORIZADO.....06 LA TIRAN EN EL PATIO O SOLAR.....07 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
129	¿Cuántos cuartos para dormir ocupa su hogar?	NUMERO DE CUARTOS.....	

NO	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
130	¿Hierven, cloran, filtran o usan agua purificada para beber? ¿Para los menores de 5 años? ¿Para las personas de 5 años y más?	PARA MENORES DE 5 AÑOS PARA 5 AÑOS Y MAS SI NO SI NO A. HIERVEN.....1 2 E. HIERVEN.....1 2 B. CLORAN.....1 2 F. CLORAN.....1 2 C. FILTRAN.....1 2 G. FILTRAN.....1 2 D. AGUA PURIF..1 2 H. AGUA PURIF..1 2	
131	¿Tiene en su hogar? ¿Radio propio? ¿Plancha propia? ¿Abanico propio? ¿Cocina propia? ¿Televisor propio? ¿Refrigeradora propia? ¿Lavadora de ropa propia? ¿Aire acondicionado propio? ¿Teléfono propio?	SI NO RADIO.....1 2 PLANCHA.....1 2 ABANICO.....1 2 COCINA.....1 2 TELEVISOR.....1 2 REFRIGERADORA.....1 2 LAVADORA DE ROPA.....1 2 AIRE ACONDICIONADO.....1 2 TELEFONO.....1 2	
132	Algún miembro de su hogar tiene: ¿Carro propio? ¿Moto propia? ¿Bicicleta propia? ¿Bestia propia? ¿Bote(panga) propio(s)?	SI NO CARRO.....1 2 MOTO.....1 2 BICICLETA.....1 2 BESTIA.....1 2 BOTE.....1 2	
SECCION 2. REPRODUCCION			
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los nacidos vivos o nacidas vivas que usted haya tenido durante toda su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI.....1 NO.....2 → 206	
202	De los hijos o hijas que usted ha tenido ¿Hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	SI.....1 NO.....2 → 204	
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/>	
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que está vivo(a), pero que no esté viviendo con usted?	SI.....1 NO.....2 → 206	
205	¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? SI LA RESPUESTA ES NINGUNO(A), ANOTE "00"	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/>	
206	De los hijos que ha tenido, ¿Ha fallecido algún hijo o hija? Si "NO", INDAGUE: ¿Tuvo usted alguna niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que murió al poco tiempo de nacer?	SI.....1 NO.....2 → 208	
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Ud. ha tenido en TOTAL /___/___/ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es esto correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 227		

HISTORIA DE NACIMIENTOS

<p>211 Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.</p> <p>ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212, ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS.</p>									
<p>212 ¿Cuál es el nombre de su primer (segundo, tercero) hijo o hija que tuvo?</p>	<p>213 ¿Alguno de los nacimientos que tuvo fue múltiple (Gemelos, trillizos)?</p> <p>ANOTE NACIMIENTO SIMPLE O MULTIPLE</p>	<p>214 ¿Es (NOMBRE) varón o mujer?</p>	<p>215 ¿En qué fecha nació (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Cuándo es su cumpleaños?</p>	<p>216 ¿Está (NOMBRE) vivo (a)?</p>	<p>217 SI ESTA VIVO:</p> <p>¿Cuántos años cumplidos tiene?</p>	<p>218 SI ESTA VIVO:</p> <p>¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?</p>	<p>219 SI ESTA MUERTO:</p> <p>¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?</p> <p>SI "1 AÑO", INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)?</p> <p>ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS PARA 2 Y MAS.</p>	<p>220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITELE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR.</p> <p>¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?</p>	<p>221 ¿Hubo algún otro nacido vivo entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?</p>
01	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 214	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3		
02	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
03	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
04	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
05	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
06	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
07	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
08	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
09	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
10	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
11	SIMPLE.....1 MULT.....2 (nombre).....	VARON.....1 MUJER.....2	DIA..... MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 219	EDAD EN AÑOS	SI.....1 NO.....2 220	DIAS.....1 MESES.....2 AÑOS.....3	SI.....1 NO.....2 (PRÓXIMO NACIMIENTO)	SI.....1 NO.....2
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA SUBTRAIGA EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO.							SI.....1 NO.....2	224
223	Ha tenido Ud. algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI "SI" ANOTELOS EN LA TABLA DE NACIMIENTOS							SI.....1 NO.....2	
224	<p>COMPARE 208 CON EL NUMERO OBTENIDO EN P. 212 Y MARQUE:</p> <p>NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> (INVESTIGUE Y CORRIJA)</p> <p>VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P215)</p> <p>PARA CADA HIJO VIVO: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (P217)</p> <p>PARA CADA HIJO MUERTO: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (P219)</p> <p>PARA EDAD A LA MUERTE DE 12 MESES ó 1 AÑO: SE PROBO PARA DETERMINAR EL NUMERO EXACTO DE MESES</p>								
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE PARTOS DE NACIDOS VIVOS (SI MELLIZOS O TRILLIZOS CONSIDERARLO COMO 1) DESDE DICIEMBRE 1992.								
SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 227									
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE DICIEMBRE DE 1992 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "N"								

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
226A	Todos sus hijos, ¿tienen el apellido de su padre?	SI 1 NO 2	226C
226B	Si la respuesta es NO: ¿Cuántos no lo tienen?	CUANTOS <input type="text"/>	
226C	¿Todos cuentan con el apoyo económico de su padre?	SI 1 NO 2	227
226D	Si la respuesta es NO: ¿Cuántos no cuentan con ese apoyo?	CUANTOS <input type="text"/>	
227	¿Está Ud. actualmente embarazada?	SI 1 NO 2 INSEGURA 8	230
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene? ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA	MESES <input type="text"/>	
229	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO 1 MAS ADELANTE 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3	
230	¿Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	236
230A	¿Cuántos de esos embarazos terminaron en pérdida o aborto? ¿Cuántos de esos embarazos terminaron en nacidos muertos?	PERDIDAS <input type="text"/> NACIDOS MUERTOS <input type="text"/>	
231	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos? (ya sea que fuera pérdida o nacido muerto)	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO DESPUES DEL 1 DICIEMBRE DE 1992 ULTIMO EMBARAZO (SIN NACIDO VIVO) TERMINO ANTES DE DICIEMBRE DE 1992		
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo? (Se refiere al último embarazo que terminó en pérdida o nacido muerto) ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO	MESES <input type="text"/>	
234	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que no haya resultado en nacido vivo?	SI 1 NO 2	236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR AL 1 DE DICIEMBRE DE 1992. PARA CADA PERDIDA O NACIDO MUERTO PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE TERMINO DEL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.		
236	¿Cuándo tuvo su última regla o menstruación? (FECHA, SI LA DA)	HACE: DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 AÑOS 4 HISTERECTOMIZADA 993 ESTA EN LA MENOPAUSIA 994 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO 995 NUNCA HA MENSTRUADO 996	
237	¿Considera Ud. que entre el primer día de la regla y el primer día de la siguiente regla, hay días en que hay más posibilidades de quedar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	300
238	¿Cuáles son los días de mayor riesgo de quedar embarazada?	DURANTE SU PERIODO 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADO EL PERIODO 02 EN LA MITAD DEL PERIODO 03 JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIODO 04 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

SECCION 3. PLANIFICACION FAMILIAR

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

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "1" EN LA F301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO CONTINUE DE ARRIBA HACIA ABAJO CON LA COLUMNA 302 Y LEA EL NOMBRE DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE, ENCIERRE EN UN CIRCULO EL "2" SI RECONOCE EL METODO, Y EL "3" SI NO LO RECONOCE, LUEGO PARA CADA METODO CON CODIGO "1" EN PREGUNTA 301 Y "2" EN 302 HAGA LA PREGUNTA 303.

301 ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? (NO MENCIONARLE EL METODO)		302 ¿Conoce Usted o ha oído hablar de? (METODO NO MENCIONADO EN PREG. 301)		303 ¿Ha usado usted alguna vez... (METODO CON CODIGO "1" Y "2" EN PREGUNTAS 301 Y 302)	
		SI ESPONTANEO	SI NO	SI	NO
01	PASTILLAS (PILDORAS, MINIPILDORAS): las mujeres pueden tomar una pastilla todos los días.	1	2	1	2
02	DIU (T DE COBRE): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque un aparato en la matriz.	1	2	1	2
03	INYECCIONES: la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante varios meses.	1	2	1	2
04	IMPLANTE (NORPLANT): la mujer puede pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) que impiden que salga embarazada durante 5 años.	1	2	1	2
05	TABLETA, OVULO, JALEA: la mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, óvulo, espuma, jalea, crema, antes de tener relaciones.	1	2	1	2
06	CONDON (PRESERVATIVO): Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales.	1	2	1	2
07	ESTERILIZACION FEMENINA (OPERARSE): las mujeres pueden hacerse una operación sencilla para prepararse para no tener más hijos.	1	2	¿Ha tenido usted una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2	
08	ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA): los hombres pueden hacerse una pequeña operación para evitar tener más hijos.	1	2	¿Ha tenido su esposo/compañero una operación para evitar tener hijos? SI.....1 NO.....2	
09	RITMO O METODO DE OVULACION: las parejas pueden evitar tener relaciones durante varios días del mes, cuando la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	1	2	1	2
10	RETIRO (COITO INTERRUPTO): los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular (terminar).	1	2	1	2
11	OTROS METODOS: ¿Ha oído usted hablar de alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	1	2	1	2
		(ESPECIFIQUE)		1	2
		(ESPECIFIQUE)			

304 | COTEJE 303, NI UN SOLO SI (Nunca ha usado) ☐ AL MENOS UN SI (Ha usado) ☐ 308

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
305	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	307
306	ANOTE "O" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		331
307	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302, 303 Y 304 SI ES NECESARIO		
308	¿Qué fue lo primero que hizo o qué método usó para demorar o evitar quedar embarazada?	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON/PRESERVATIVO..... 06 ESTERILIZ/FEMENINA..... 07 ESTERILIZ/MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
309	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar algún método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NUMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
311	VERIFIQUE 303 MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		314A
312	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		325
313	¿Actualmente están Ud. o su marido haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	325
314	¿Qué método están usando Ustedes? CIRCULE EL METODO MENCIONADO:	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	324 318 323 324
314A	ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		
314B	¿En el momento en que Ud. comenzó a usar las pastillas, consultó con un médico o enfermera?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
315	¿Puedo ver el paquete o caja de pastillas que Ud. está usando ahora? (SI LA MARCA NO APARECE EN LA LISTA, ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	MOSTRO CAJA..... 1 MARCAS: MICROGYNON..... 01 OVRETTE..... 02 TRIQUILAR..... 03 NEOGYNON..... 04 NORDETTE..... 05 EUGYNON..... 06 LOFEMENAL..... 07 TRINORDIOL..... 08 OTRA 96 (ESPECIFIQUE) NO MOSTRO CAJA (TIENE)..... 2 NO MOSTRO CAJA (NO TIENE)..... 3	317 316

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE
316	¿Sabe usted el nombre de las pastillas que Ud. está usando? (SI LA MARCA NO APARECE EN LA LISTA, ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	MARCAS: MICROGYNON.....01 OVRETTE.....02 TRIQUILAR.....03 NEOGYNON.....04 NORDETTE.....05 EUGYNON.....06 LOFEMENAL.....07 TRINORDIOL.....08 OTRA 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
317	¿Cuánto le cuesta un período (paquete) de pastillas anticonceptivas?	COSTO (C\$)..... GRATIS..... 96 NO SABE..... 98	324
318	¿Dónde tuvo lugar la esterilización?. ¿En qué sitio? SI MARCO HOSPITAL, POLICLINICA, CENTRO DE SALUD O CLINICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE. (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR PUBLICO: HOSPITAL.....11 POLICLINICA.....12 CENTRO DE SALUD.....13 SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA.....20 CLINICA DE IXCHEN.....21 CLINICA SI MUJER.....22 CLINICA PRIVADA.....23 OTROS.....96 NO SABE.....98	
318A	¿En qué fecha la(o) operaron?	MES..... AÑO.....	
318B	¿Cuánto tuvo Ud. (él) que pagar por la esterilización, incluyendo hospitalización, médicos, medicinas y exámenes?	PAGO.....1 MONTO (C\$)..... NO PAGO.....2 NO SABE.....8	
ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MARIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>			322
318C	¿Tuvo usted la esterilización (operación) al momento de dar a luz su último hijo? SI "SI", ¿Fue este un nacimiento por cesárea o parto normal?	SI POR CESAREA.....1 SI NORMAL.....2 NO.....3	
319	¿Lamenta Ud. haber sido operada para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2	320A
320	¿Por qué lamenta la operación?	DESEA OTRO HIJO.....01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO.....02 EFECTOS COLATERALES.....03 NIÑO MURIO.....04 SE VOLVIO A CASAR O UNIR /QUIERE UNIRSE.....05 OTRA RAZON:.....96 (ESPECIFIQUE)	
320A	Tal y como están las cosas ahora, ¿Está Ud. satisfecha con la decisión de haberse esterilizado (preparado)?	SI.....1 NO.....2	322
320B	¿Por qué no está Ud. satisfecha?	QUIERE TENER HIJOS.....01 ESPOSO QUIERE TENER MAS HIJOS.....02 RAZONES DE SALUD ASOCIADAS CON LA OPERACION.....03 CAMBIOS EN EL ESTADO MARITAL.....04 OPERACION FALLO.....05 OTRA RAZON.....96 (ESPECIFIQUE)	
322 VERIFIQUE 318A: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> ESTERILIZADA(O) ANTES DE DICIEMBRE DE 1992 <input type="checkbox"/> ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA DICIEMBRE 1992 VAYA DESPUES A 329A </div> <div style="width: 45%;"> ESTERILIZADA(O) DE DICIEMBRE DE 1992 EN ADELANTE <input type="checkbox"/> ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION VAYA DESPUES A 325 </div> </div>			

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
323	¿Cómo determina Ud. en qué días de su período menstrual no debe tener relaciones sexuales?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO DE OVULACION)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
324	ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 314 EN EL MES ACTUAL EN LA COL.1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - ¿Cuándo empezó a usar METODO ACTUAL continuamente? - ¿Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente?		
325	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA DICIEMBRE DE 1992. USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES FRENTE AL ULTIMO MES DE USO. EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 1. PREGUNTE LA RAZON PARA DEJAR DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO NO FUE INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: COLUMNA 1: ■ ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? ¿Qué método fue ese? ■ ¿Cuándo empezó Ud. a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ■ ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces? COLUMNA 2: ■ ¿Por qué dejó Ud. de usar el método? ■ ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones? SI DELIBERADAMENTE DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "¿Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (METODO)?" Y ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.		
327	VERIFIQUE 314: SI USA METODO, ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE SI NO USA METODO ANTICONCEPTIVO ENCIERRE EN UN CIRCULO "00" Y PASE A 331.	NO SE PREGUNTO..... 00 → 331 PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 INYECCIONES..... 03 IMPLANTE/NORPLANT..... 04 VAGINALES (ESPUMA/TABLETAS/OVULOS)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 → 329A ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/METODO DE OVULACION..... 09 RETIRO..... 10 → 332 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
328	¿Dónde obtuvo Ud. (METODO) la última vez? SI MARCO "HOSPITAL, POLICLINICA, CENTRO DE SALUD, PUESTO DE SALUD, O CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR PUBLICO: HOSPITAL..... 11 POLICLINICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD/P. MEDICO..... 14 CASA BASE..... 15 PARTERA O BRIGADISTA..... 16 SECTOR PRIVADO: CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICAS DE IXCHEN..... 21 CLINICA DE SI MUJER..... 22 CLINICA PRIVADA..... 23 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO..... 24 SUPERMERCADO..... 25 FARMACIA..... 26 MERCADO..... 27 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 28 PROMOTORA DE IXCHEN..... 29 PROMOTORA DE SI MUJER..... 30 PROMOTORA DE ONG..... 31 PROMOTORA COMUNALES..... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
329	¿Sabe de otro lugar donde Ud. podría haber conseguido (METODO) la última vez?	SI..... 1	
329A	En el momento de hacerse la operación de esterilización, ¿Sabía Ud. de otro lugar donde podría haber sido operada?	NO..... 2 → 334	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
330	<p>La gente selecciona el lugar donde puede conseguir los servicios de planificación familiar, por varias razones.</p> <p>¿En su caso, cuál fue la razón principal por la que Ud. fue a (NOMBRE DEL LUGAR ANOTADO EN 329) en vez de otro lugar que usted conoce?</p>	<p>RAZONES RELACIONADAS CON ACCESO</p> <p>CERCA DEL HOGAR.....11</p> <p>CERCA DEL TRABAJO.....12</p> <p>DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE.....13</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL SERVICIO</p> <p>PERSONAL MAS COMPETENTE/AMIGABLE.....21</p> <p>LIMPIEZA.....22</p> <p>OFRECE MAS PRIVACIDAD.....23</p> <p>MENOR TIEMPO DE ESPERA.....24</p> <p>MAYOR TIEMPO DE SERVICIO.....25</p> <p>PRESTAN OTROS SERVICIOS.....26</p> <p>MENORES COSTOS.....31</p> <p>DESEO DE ANONIMATO.....41</p> <p>OTRA:96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE98</p>	334
331	<p>¿Cuál es la razón principal de que Ud. no esté usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p>	<p>NO CASADA O UNIDA.....11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES.....21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE.....22</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA.....23</p> <p>SUBFECUNDA/INFECUNDA.....24</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA.....25</p> <p>DESEA MAS HIJOS.....26</p> <p>EMBARAZADA27</p> <p>OPOSICION A USAR</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE.....31</p> <p>MARIDO SE OPONE.....32</p> <p>OTROS SE OPONEN.....33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA.....34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE METODO.....41</p> <p>NO CONOCE FUENTE.....42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD.....51</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES.....52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS.....53</p> <p>MUY COSTOSO.....54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR.....55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....56</p> <p>FATALISTA.....61</p> <p>OTRA:96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE98</p>	334
332	<p>¿Sabe Ud. de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	334
333	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI MARCO "HOSPITAL, POLICLINICA, CENTRO DE SALUD, PUESTO DE SALUD P. MEDICO O CLINICA PRIVADA PREGUNTE EL NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>SECTOR PUBLICO:</p> <p>HOSPITAL.....11</p> <p>POLICLINICA.....12</p> <p>CENTRO DE SALUD.....13</p> <p>PUESTO DE SALUD/P. MEDICO.....14</p> <p>CASA BASE.....15</p> <p>PARTERA O BRIGADISTA.....16</p> <p>SECTOR PRIVADO:</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....20</p> <p>CLINICAS DE IXCHEN.....21</p> <p>CLINICA DE SI MUJER.....22</p> <p>CLINICA PRIVADA.....23</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....24</p> <p>FARMACIA.....26</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA.....28</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN.....29</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER.....30</p> <p>PROMOTORA DE ONG.....31</p> <p>PROMOTORA COMUNAL.....32</p> <p>OTRO:96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
334	¿En los últimos 12 meses la ha visitado una promotora/voluntaria de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿Ha visitado Ud. alguna clínica, hospital o consultorio médico (incluyendo clínicas y consultorios móviles) en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	337
336	¿Alguien de ese consultorio médico o establecimiento de salud le ha hablado acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
336A	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen de Papanicolaou?	SI..... 1 NO..... 2	336C
336B	¿Dónde le hicieron el último examen? SI MARCO "HOSPITAL, POLICLINICA, CENTRO DE SALUD O CLINICA PRIVADA" PREGUNTE EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR PUBLICO: HOSPITAL..... 11 POLICLINICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 SECTOR PRIVADO CLINICA DE PROFAMILIA..... 20 CLINICAS DE IXCHEN..... 21 CLINICA DE SI MUJER..... 22 CLINICA PRIVADA..... 23 CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO..... 24 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	
336C	¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen (con las manos o rayos X) de los pechos para ver si tenía algún tumor? SI "SI": QUE TIPO DE EXAMEN LE HICIERON?	MAMOGRAFIA..... 1 TACTO..... 2 AMBOS..... 3 NO SE HIZO..... 4	
337	¿Cree usted que la lactancia puede afectar la posibilidad de que una mujer quede embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	401
338	¿Piensa Ud. que mientras una mujer está dando de mamar aumentan las posibilidades de quedar embarazada, disminuyen o no cambian?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO CAMBIAN..... 3 DEPENDEN..... 4 NO SABE..... 8	
339	VEA 210: UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/>	SIN HIJOS <input type="checkbox"/>	401
340	¿Usted ha utilizado alguna vez la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	401
341	VEA 227 Y 311 NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA O NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA O ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	401
342	¿Está usted utilizando en la actualidad la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	COTEJE 225: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE DICIEMBRE DE 1992 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO DESDE DICIEMBRE DE 1992 <input type="checkbox"/> (PASE A 465)			
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE DICIEMBRE DE 1992. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. SI HAY MAS DE TRES NACIDOS VIVOS USE HOJAS ADICIONALES Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.			
403	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
404	DE LA P. 212 Y DE LA P. 216	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	¿Cuándo usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería tener ese niño entonces, quería esperar hasta más tarde o no quería (más) niños?	ENTONCES.....1 (PASE A 407) <input type="checkbox"/> MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 407) <input type="checkbox"/>	ENTONCES.....1 (PASE A 407) <input type="checkbox"/> MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 407) <input type="checkbox"/>	ENTONCES.....1 (PASE A 407) <input type="checkbox"/> MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 407) <input type="checkbox"/>
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998
407	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE) se chequeó el embarazo alguna vez? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿Con quién se chequeó? ¿se chequeó con alguien más? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE VIO.	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y (PASE A 410) <input type="checkbox"/>	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y (PASE A 410) <input type="checkbox"/>	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B ENFERMERA.....C AUXILIAR DE ENFERMERIA.....D PARTERA (COMADRONA).....E OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y (PASE A 410) <input type="checkbox"/>
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a chequearse por primera vez?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A 409 <input type="checkbox"/>	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A 409 <input type="checkbox"/>	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A 409 <input type="checkbox"/>
408A	¿Por qué atrasó la consulta?	POR TRABAJO.....01 LE QUEDA LEJOS.....02 NO QUERIA QUE SUPIERAN.....03 NO LE GUSTA ATENCION.....04 NO TENIA DINERO.....05 NO SABIA QUE ESTABA EMB.....06 OTRO.....96 NO SABE.....98		
409	¿Cuántas veces la examinaron o chequearon durante ese embarazo?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....98
409A	¿Qué complicaciones tuvo durante el último embarazo? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS	DOLOR DE CABEZA, ZUMBIDO DE OIDOS, INFLAMACION DE MANOS O PIES, PRESION ALTA.....A AMENAZA DE ABORTO/SANGRADO ANTES DEL 5TO MES EMB.....B INFECCION DE LOS RIÑONES/ARDOR AL ORINAR Y FIEBRE.....C ANEMIA.....D ENFER. TRANSMISION SEXUAL ETS, VIH/SIDA.....E DIABETES (AZUCAR).....F NO TUVO.....Y		
410	¿Cuándo estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron una vacuna en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, o sea convulsiones después de nacido?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 412) <input type="checkbox"/>	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 412) <input type="checkbox"/>	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 412) <input type="checkbox"/>
411	Durante ese embarazo, ¿Cuántas veces recibió la vacuna?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8
412	¿Adónde dió usted a luz a (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO.....11 POLICLINICA.....12 CENTRO DE SALUD.....13 PUESTO DE SALUD.....14 HOSPITAL PRIVADO.....21 CLINICA PRIVADA.....22 EN LA CASA.....31 OTRO.....96	HOSPITAL PUBLICO.....11 POLICLINICA.....12 CENTRO DE SALUD.....13 PUESTO DE SALUD.....14 HOSPITAL PRIVADO.....21 CLINICA PRIVADA.....22 EN LA CASA.....31 OTRO.....96	HOSPITAL PUBLICO.....11 POLICLINICA.....12 CENTRO DE SALUD.....13 PUESTO DE SALUD.....14 HOSPITAL PRIVADO.....21 CLINICA PRIVADA.....22 EN LA CASA.....31 OTRO.....96

		ESPECIFIQUE ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ESPECIFIQUE PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ESPECIFIQUE ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y	MEDICO GENERAL.....A GINECOLOGO/OBSTETRA.....B OTRO MEDICO.....C ENFERMERA.....D AUXILIAR DE ENFERMERIA.....E PARTERA (COMADRONA).....F OTRA.....X (ESPECIFIQUE) NADIE.....Y
414	¿En el momento del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. A. Trabajo prolongado, es decir, contracciones fuertes y regulares, durante más de 12 horas? B. Sangrado excesivo después del parto? C. Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? D. Convulsiones no causadas por fiebre? E. Inflamación de manos y pies?	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 INFLAMACION DE MANOS/PIES.....1 2	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 INFLAMACION DE MANOS/PIES.....1 2	SI NO LABOR PROLONGADA.....1 2 SANGRADO EXCESIVO.....1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR.1 2 CONVULSIONES.....1 2 INFLAMACION DE MANOS/PIES.....1 2
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
415A	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) a tiempo o nació prematuro, es decir, si temesino u ochomesino?	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8
416	¿Cuándo (NOMBRE) nació, era él/ella muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 GRANDE.....2 MEDIANO.....3 PEQUEÑO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8
417	¿Pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? SI NO FUE PESADO, NO SABE O NO RECUERDA PIDA UNA ESTIMACION	PESADO.....1 ESTIMADO.....2 LIBRAS ONZAS NO SABE.....99998	PESADO.....1 ESTIMADO.....2 LIBRAS ONZAS NO SABE.....99998	PESADO.....1 ESTIMADO.....2 LIBRAS ONZAS NO SABE.....99998
419	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 421) < 1 (PASE A 422) < 2		
420	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI ULTIMO NACIMIENTO ES MULTIPLE, PASE A 424 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424) <	SI ULTIMO NACIMIENTO ES MULTIPLE, PASE A 424 SI.....1 NO.....2 (PASE A 424) <
421	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA?	NO EMBARAZADA EMBARAZADA O INSEGURA (PASE A 424)		

	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212			
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
423	¿Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425) <—		
424	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
425	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 426) <— NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 426) <— NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 426) <— NO..... 2
425A	¿Por qué no le dio el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA PEZONES/ PECHO.....04 NO TENIA LECHE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR PECHO.....08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA.....09 LE HICIERON CESAREA...10 OTRO.....96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431) <—	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO(A) MURIO..... 03 PROBLEMA PEZONES/ PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJANDO..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR PECHO..... 08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA..... 09 LE HICIERON CESAREA... 10 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431) <—	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO(A) MURIO..... 03 PROBLEMA PEZONES/ PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJANDO..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 NO QUISO/ NO LE GUSTA DAR PECHO..... 08 EN EL HOSPITAL/CLINICA LE DIERON LECHE DE FORMULA..... 09 LE HICIERON CESAREA... 10 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 431) <—
426	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00" HORAS. SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MAS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DIAS.	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS.....1 DIAS.....2	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS.....1 DIAS.....2	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS.....1 DIAS.....2
427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO MUERTO ↓ ↓ (PASE A 429)	VIVO MUERTO ↓ ↓ (PASE A 429)	VIVO MUERTO ↓ ↓ (PASE A 429)
428	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 432) <— NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432) <— NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432) <— NO..... 2
429	¿Durante cuántos meses le dio Ud. el pecho a (NOMBRE)? (SI MENOS DE UN MES ANOTE 00)	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
430	¿Por qué dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO(A) MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/ PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/ PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS DE PEZONES/ PECHO..... 04 NO TENIA LECHE..... 05 MADRE TRABAJADORA..... 06 NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 LECHE INSUFICIENTE/ EL NIÑO NO SE LLENABA..... 09 QUEDO EMBARAZADA..... 10 EMPEZO A USAR ANTICONCEPTIVOS..... 11 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)

431	VERIFIQUE 404:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="text-align: center;">VIVO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434) </div> </div> <div> <div style="text-align: center;">MUERTO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440 </div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="text-align: center;">VIVO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434) </div> </div> <div> <div style="text-align: center;">MUERTO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440 </div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="text-align: center;">VIVO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 434) </div> </div> <div> <div style="text-align: center;">MUERTO</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ REGRESE A 405 EN PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, VAYA A 440 </div> </div> </div>	
432	<p>¿Cuántas veces le dio el pecho anoche a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO</p>	<p>NUMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES ANOCHE..... <input type="text"/></p>	
433	<p>¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) ayer en las horas del día?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NUMERO</p>	<p>NUMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/></p>	<p>NUMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/></p>	
434	<p>¿En el día de ayer o anoche tomó (NOMBRE) algo en biberón, cucharita o gotero?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	
435	<p>¿En algún momento de ayer o de anoche se le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente?</p> <p>a) ¿agua sola?</p> <p>b) ¿agua de azúcar, arroz, canela, anís?</p> <p>c) ¿jugos y frescos de frutas?</p> <p>d) ¿leche de fórmula?</p> <p>e) ¿leche en polvo?</p> <p>f) ¿leche fresca?</p> <p>g) ¿te de hierbas, tisanas?</p> <p>h) ¿gaseosas, café?</p> <p>i) ¿cereales?</p> <p>j) ¿frutas y vegetales?</p> <p>k) ¿pure de papas, yuca, quequesque, etc.?</p> <p>l) ¿sopas (sustancias)?</p> <p>m) ¿colados (gerber)?</p> <p>n) ¿huevos, pescado pollo?</p> <p>o) ¿carne?</p> <p>p) ¿otros sólidos y semisólidos?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>a) AGUA SOLA1 2 8</p> <p>b) AGUA DE AZUCAR, ARROZ, CANELA, ANIS...1 2 8</p> <p>c) JUGOS Y FRESCOS DE FRUTAS.....1 2 8</p> <p>d) LECHE DE FORMULA...1 2 8</p> <p>e) LECHE EN POLVO.....1 2 8</p> <p>f) LECHE FRESCA.....1 2 8</p> <p>g) TE DE HIERBAS TISANAS.....1 2 8</p> <p>h) GASEOSAS, CAFÉ.....1 2 8</p> <p>i) CEREALES.....1 2 8</p> <p>j) FRUTAS Y VEGETALES...1 2 8</p> <p>k) PURE DE PAPAS, YUCA QUEQUISQUE, ETC....1 2 8</p> <p>l) SOPAS (SUSTANCIAS)...1 2 8</p> <p>m) COLADOS (GERBER)...1 2 8</p> <p>n) HUEVOS, PESCADO POLLO.....1 2 8</p> <p>o) CARNE.....1 2 8</p> <p>p) OTROS SOLIDOS Y SEMISOLIDOS.....1 2 8</p>	<p>SI NO NS</p> <p>a) AGUA SOLA1 2 8</p> <p>b) AGUA DE AZUCAR, ARROZ, CANELA, ANIS...1 2 8</p> <p>c) JUGOS Y FRESCOS DE FRUTAS.....1 2 8</p> <p>d) LECHE DE FORMULA...1 2 8</p> <p>e) LECHE EN POLVO.....1 2 8</p> <p>f) LECHE FRESCA.....1 2 8</p> <p>g) TE DE HIERBAS TISANAS.....1 2 8</p> <p>h) GASEOSAS, CAFÉ.....1 2 8</p> <p>i) CEREALES.....1 2 8</p> <p>j) FRUTAS Y VEGETALES...1 2 8</p> <p>k) PURE DE PAPAS, YUCA QUEQUISQUE, ETC....1 2 8</p> <p>l) SOPAS (SUSTANCIAS)...1 2 8</p> <p>m) COLADOS (GERBER)...1 2 8</p> <p>n) HUEVOS, PESCADO POLLO.....1 2 8</p> <p>o) CARNE.....1 2 8</p> <p>p) OTROS SOLIDOS Y SEMISOLIDOS.....1 2 8</p>	<p>SI NO NS</p> <p>a) AGUA SOLA1 2 8</p> <p>b) AGUA DE AZUCAR, ARROZ, CANELA, ANIS...1 2 8</p> <p>c) JUGOS Y FRESCOS DE FRUTAS.....1 2 8</p> <p>d) LECHE DE FORMULA...1 2 8</p> <p>e) LECHE EN POLVO.....1 2 8</p> <p>f) LECHE FRESCA.....1 2 8</p> <p>g) TE DE HIERBAS TISANAS.....1 2 8</p> <p>h) GASEOSAS, CAFÉ.....1 2 8</p> <p>i) CEREALES.....1 2 8</p> <p>j) FRUTAS Y VEGETALES...1 2 8</p> <p>k) PURE DE PAPAS, YUCA QUEQUISQUE, ETC....1 2 8</p> <p>l) SOPAS (SUSTANCIAS)...1 2 8</p> <p>m) COLADOS (GERBER)...1 2 8</p> <p>n) HUEVOS, PESCADO POLLO.....1 2 8</p> <p>o) CARNE.....1 2 8</p> <p>p) OTROS SOLIDOS Y SEMISOLIDOS.....1 2 8</p>	
436	<p>VERIFIQUE 435:</p> <p>¿AYER SE LE DIO ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO?</p>	<p>"SI" EN UNO O MAS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438) </p>	<p>"NO/NO SABE" EN TODOS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438) </p>	<p>"SI" EN UNO O MAS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438) </p>	<p>"NO/NO SABE" EN TODOS</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 438) </p>
437	<p>¿Cuántas veces se le dio alimento sólido o líquido a (NOMBRE) incluyendo tanto las comidas principales como otras?</p> <p>SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"</p>	<p>NUMERO DE VECES..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>NUMERO DE VECES..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>NUMERO DE VECES..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 8</p>	
438	<p>¿Cuántos días de la última semana se le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente?</p> <p>A) Agua?</p> <p>B) Leche?</p> <p>C) Otros líquidos?</p> <p>D) Comida hecha de cereal?</p> <p>E) Puré/mogo de papa, frijol?</p> <p>F) Huevos/pescado/pollo?</p> <p>G) Carne (res)?</p> <p>H) Cualquier otra comida sólida o semisólida?</p>	<p>REGISTRE EL NUMERO DE DIAS</p> <p>AGUA..... <input type="text"/></p> <p>LECHE..... <input type="text"/></p> <p>OTROS LIQUIDOS <input type="text"/></p> <p>COMIDA HECHA DE CEREAL (GRANOS)..... <input type="text"/></p> <p>PURE/MOGO, DE PAPA, FRIJOL ETC..... <input type="text"/></p> <p>HUEVOS/PESCADO/POLLO.. <input type="text"/></p> <p>CARNE..... <input type="text"/></p> <p>CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. <input type="text"/></p>	<p>REGISTRE EL NUMERO DE DIAS</p> <p>AGUA..... <input type="text"/></p> <p>LECHE..... <input type="text"/></p> <p>OTROS LIQUIDOS <input type="text"/></p> <p>COMIDA HECHA DE CEREAL (GRANOS)..... <input type="text"/></p> <p>PURE/MOGO DE PAPA FRIJOL, ETC..... <input type="text"/></p> <p>HUEVOS/PESCADO/POLLO.. <input type="text"/></p> <p>CARNE..... <input type="text"/></p> <p>CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. <input type="text"/></p>	<p>REGISTRE EL NUMERO DE DIAS</p> <p>AGUA..... <input type="text"/></p> <p>LECHE..... <input type="text"/></p> <p>OTROS LIQUIDOS <input type="text"/></p> <p>COMIDA HECHA DE CEREAL (GRANOS)..... <input type="text"/></p> <p>PURE/MOGO DE PAPA FRIJOL, ETC..... <input type="text"/></p> <p>HUEVOS/PESCADO/POLLO.. <input type="text"/></p> <p>CARNE..... <input type="text"/></p> <p>CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. <input type="text"/></p>	

	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
438A	COTEJE 435 y 438: PARA ULTIMO NACIDO VIVO	NO SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA <input type="text"/>	SE LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA EN EL DIA DE AYER O DURANTE LA ULTIMA SEMANA <input type="text"/>	PASE A 439
438B	¿Se le dio (ha dado) alguna vez a (NOMBRE) agua o algo más de beber o alguna comida (diferente de la leche materna)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439) <—		
438C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle algún alimento de la siguiente lista en forma permanente? Leche de "Pote" especial para bebé? Agua? Otros líquidos? Algún alimento sólido o puré? SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00"	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> NO LE DIO.....96		
438D	COTEJE 438C	6 MESES O MAS EN TODAS LAS OPCIONES----->439 MENOS DE 6 MESES EN ALGUNA DE LAS OPCIONES <input type="text"/>		
438E	¿Por qué empezó a darle otro alimento aparte del pecho, antes de los 6 meses?	TUVO QUE TRABAJAR.....01 TENIA Poca LECHE.....02 PIENSA QUE EL PECHO NO ES SUFICIENTE.....03 ESTABA ENFERMA/DEBIL.....04 NO QUISO DARLE MAS.....05 OTRA:.....96 (ESPECIFIQUE)		
439		DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440	DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440.	DEVUELVA A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 440.

SECCIÓN 4B. VACUNACION Y SALUD

440	ENTRE EN LA TABLA EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO NACIDO VIVO DESDE DICIEMBRE DE 1992. HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE TODOS LOS NACIMIENTOS, COMENZANDO POR EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE 3 NACIMIENTOS UTILICE HOJAS ADICIONALES).																																																																																																															
441	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	ULTIMO NACIDO VIVO <div><div></div><div></div></div> NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO <div><div></div><div></div></div> NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO <div><div></div><div></div></div> NOMBRE _____																																																																																																												
442	COTEJE 216	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 463A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 463A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 463A)																																																																																																												
443	¿Tiene una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI', ¿Puedo verla, por favor?	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)<..... SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)<..... NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)<..... SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)<..... NO HAY TARJETA.....3	SI, VISTA.....1 (PASE A 445)<..... SI, NO VISTA.....2 (PASE A 447)<..... NO HAY TARJETA.....3																																																																																																												
444	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 447)<..... NO.....2	SI.....1 (PASE A 447)<..... NO.....2	SI.....1 (PASE A 447)<..... NO.....2																																																																																																												
445	(1)COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA (2)ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DE 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO HAY FECHA ANOTADA. BCG POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 SARAMPION	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA			
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
D1																																																																																																																
D2																																																																																																																
D3																																																																																																																
SA																																																																																																																
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
D1																																																																																																																
D2																																																																																																																
D3																																																																																																																
SA																																																																																																																
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
D1																																																																																																																
D2																																																																																																																
D3																																																																																																																
SA																																																																																																																
446	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no están registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO, 1-3, Y/O SARAMPION	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <..... ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445, PASE A 449) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 449) <.....	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <..... ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 449) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 449) <.....	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <..... ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 445 Y PASE A 449) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 449) <.....																																																																																																												
447	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 449) <..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 449) <..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 449) <..... NO SABE.....8																																																																																																												
448	Digame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:																																																																																																															
448A	¿Recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo izquierdo que deja cicatriz?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																																												
448B	¿Recibió la vacuna contra la Polio, esto es, gotas en la boca?	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448D)<..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448D)<..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448D)<..... NO SABE.....8																																																																																																												
448C	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>																																																																																																												
448D	¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone junto con las gotitas de la Polio?	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448F)<..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448F)<..... NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A P448F)<..... NO SABE.....8																																																																																																												
448E	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/>																																																																																																												
448F	¿Recibió una vacuna contra el Sarampión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																																												

		ULTIMO NACIDO VIVO	PERULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
449	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
450	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento en las últimas dos semanas?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <--- NO SABE.....8
451	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con la tos, respiraba más rápido que de costumbre (respiraciones cortas y rápidas)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
452	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <---	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <---	SI.....1 NO.....2 (PASE A 454) <---
453	¿Adónde pidió consejo o tratamiento para la fiebre o tos, si le dieron algo? ¿Alguien más? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.....D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.....D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.....D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO.....X (ESPECIFIQUE)
454	¿Ha tenido (NOMBRE) diarreas en las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464) <--- NO SABE.....8
455	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
456	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas evacuaciones (pupú) tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....98	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....98	NUMERO DE DEPOSICIONES..... NO SABE.....98
457	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dio la misma cantidad de líquido que le daba antes de que tuviera diarrea, le dio más o le dio menos?	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8
458	¿Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, le dio la misma cantidad de alimentos que le daba antes de que tuviera diarrea, le dio más o le dio menos?	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8
459	¿Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea le dieron a beber algo de lo siguiente: Suero oral o suero de sobre que se prepara con un paquete de sales de rehidratación oral? Agua de arroz o de otro cereal? Sopa? Suero casero preparado con agua, sal y azúcar? Leche natural o leche de pote? Agua? Algún otro líquido?	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS a) SUERO DE SOBRE/PAQUETE SRO.....1 2 8 b) AGUA DE ARROZ/CEREAL.....1 2 8 c) SOPA.....1 2 8 d) SUERO CASERO.....1 2 8 e) LECHE.....1 2 8 f) AGUA.....1 2 8 g) OTRO LIQUIDO.....1 2 8 (ESPECIFIQUE)
460	¿Le dio algo más para la diarrea diferente a estos líquidos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462) <--- NO SABE.....8
461	¿Qué le dieron para tratarle la diarrea? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SUERO CASERO.....A SUERO POR LAS VENAS.....B PASTILLA ANTIBIOTICA O JARABE.....C OTRA PASTILLA O JARABE.....D INYECCION MUSCULAR.....E INYECCION EN LAS VENAS.....F REMEDIO CASERO/MEDICINA DE HIERBAS.....G OTRO.....X (ESPECIFIQUE)

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
462	Buscó consejo o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)<
463	¿Adónde pidió consejo ? ¿Alguien más? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO _____X ESPECIFIQUE (PASE A 464)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....G FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO _____X ESPECIFIQUE (PASE A 464)	SECTOR PUBLICO HOSPITAL PUBLICO.....A POLICLINICA.....B CENTRO DE SALUD.....C PUESTO DE SALUD/P.MEDICO.D CASA BASE.....E SECTOR PRIVADO CLINICA/HOSPITAL MEDICO PRIVADO.....F DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD.....H FARMACIA.....H OTRA PROMOTORA.....I ENFERMERA/AUXILIAR.....J CURANDERO/BRUJO.....K FAMILIAR.....L OTRO _____X ESPECIFIQUE (PASE A 464)
463A	Usted me dijo que (NOMBRE) murió ¿De qué murió él/ella?	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>	_____ (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
464		REGRESE A 442 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 442 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465	REGRESE A 442 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; O SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465
465	Cuando un niño tiene diarrea, ¿se le debería dar menos líquidos que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
466	Cuando un niño tiene diarrea, ¿se le debería dar menos comida que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS.....1 LA MISMA CANTIDAD.....2 MAS QUE LO USUAL.....3 NO SABE.....8		
467	Cuando un niño está enfermo con diarrea, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud? (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	SED.....A OJOS HUNDIDOS.....B BOCA Y LENGUA SECA.....C DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS.....D CUALQUIER DEPOSICION ACUOSA.....E VOMITO REPETIDO.....F CUALQUIER VOMITO.....G SANGRE EN LAS DEPOSICIONES.....H FIEBRE.....I ANSIOSO.....J NO COME/NO BEBE BIEN.....K SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....L SI NO HAY MEJORIA.....M NIÑO DEMACRADO/DEBIL.....N OTRO: _____X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z		
468	Cuando un niño está enfermo con tos, qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud? (ANOTE TODO LO QUE MENCIONE)	RESPIRACION AGITADA.....A DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....B SE PONE MORADO (CIANOSIS).....C RESPIRA RAPIDO UNIENDO LAS COSTILLAS.....D RESPIRACION RUIDOSA.....E FIEBRE.....F INCAPAZ DE BEBER.....G NO COME/NO BEBE BIEN.....H SE SIENTE MAS ENFERMO/ MUY ENFERMO.....I SI NO HAY MEJORIA.....J TOS PERSISTENTE O EXCESIVA.....K OTRO: _____X (ESPECIFIQUE) NO SABE.....Z		
469	VERIFIQUE 459 , TODAS LAS COLUMNAS: NINGUN NIÑO RECIBIO SRO O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO RECIBIO SRO <input type="checkbox"/> 501			
470	Ha oído Ud. hablar del Suero de Rehidratación Oral que se puede usar cuando del niño tiene diarrea o gripe?	SI.....1 NO.....2		

SECCION 5. NUPCIALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE PUNTO.	<div style="text-align: right;">SI NO</div> a. NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....1 2 b. MARIDO.....1 2 c. OTROS HOMBRES.....1 2 d. OTRAS MUJERES.....1 2	
502	Actualmente está Ud. casada o unida?	CASADA.....1 UNIDA.....2 NO EN UNION.....3	507
503	Actualmente tiene Ud. un compañero regular, ocasional o no tiene?	COMPAÑERO SEXUAL REGULAR.....1 COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL.....2 NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....3	
504	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	ESTUVO CASADA.....1 VIVIO EN UNION LIBRE.....2 NO.....3	506 511
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA DICIEMBRE DE 1992 → 515		
506	Cuál es su estado conyugal actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA.....1 DIVORCIADA.....2 SEPARADA.....3	511
507	Su esposo/compañero vive actualmente con Ud. o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA.....1 VIVE EN OTRO SITIO DEL PAÍS.....2 VIVE EN EL EXTRANJERO.....3	
511	Ha estado Ud. casada o en unión libre sólo una vez, o más de una vez? SI MAS DE UNA VEZ, PREGUNTE: ¿Cuántas veces?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2 No. DE VECES.....	
512	VERIFIQUE 511: CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> v En qué mes y año empezó a vivir junto con su esposo/compañero? En qué mes y año empezó a vivir junto con su primer esposo/compañero?	MES..... NO SABE MES.....98 AÑO..... NO SABE AÑO.....9998	514
513	¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. cuando empezó a vivir junto con él?	EDAD..... NO SABE.....98	
514	DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE DICIEMBRE DE 1992. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE DICIEMBRE DE 1992. PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZO A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIACION DE CUALQUIER UNION SUBSECUENTE. PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACION DE OTRAS UNIONES.		
515	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? ANOTE EL NUMERO DE DIAS, SEMANAS, MESES O AÑOS. SI FUE EL MISMO DIA, ANOTE "00"	NUNCA HA TENIDO.....000 DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 AÑOS.....4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO.....996	602

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
516	<p>VERIFIQUE 301 Y 302</p> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón?</p> <p>↓</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos ponen una fundita de goma en su pene durante las relaciones. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales utilizaron condón?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE.....8</p>	
517	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 519</p>	
518	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI MARCO "HOSPITAL, POLICLINICA, CENTRO DE SALUD O CLINICA PRIVADA", PREGUNTE EL NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p>SECTOR PUBLICO:</p> <p>HOSPITAL PUBLICO.....11</p> <p>POLICLINICA.....12</p> <p>CENTRO DE SALUD13</p> <p>PUESTO DE SALUD/P. MEDICO.....14</p> <p>CASA BASE.....15</p> <p>PARTERA/BRIGADISTA.....16</p> <p>SECTOR PRIVADO:</p> <p>CLINICA DE PROFAMILIA.....20</p> <p>CLINICA DE IXCHEN.....21</p> <p>CLINICA DE SI MUJER.....22</p> <p>CLINICA PRIVADA.....23</p> <p>CONSULTORIO/MEDICO PRIVADO.....24</p> <p>MERCADO O SUPERMERCADO.....25</p> <p>FARMACIA.....26</p> <p>BARBERIA/SALON DE BELLEZA.....27</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA.....28</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN.....29</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER.....30</p> <p>PROMOTORA COMUNAL.....31</p> <p>PROMOTORA VOLUNTARIA DE ONG's.....32</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
519	¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	<p>EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO O UNIO..... 96</p>	
520	Su primera experiencia sexual, ¿fue algo que usted quería hacer en ese momento, algo que usted aceptó pero que no quería, o algo que usted fue obligada a hacer en contra de su voluntad?	<p>QUERIA HACER.....1</p> <p>ACEPTO PERO NO QUERIA.....2</p> <p>FUE OBLIGADA.....3</p>	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A
601	<p>VERIFIQUE 314:</p> <p>NUNCA ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/> NO SE PREGUNTO</p> <p>EL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/></p>	612	
602	<p>VERIFIQUE 227</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener (hijos/ninguno mas)?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro ¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO..... 2 → 606</p> <p>NO PUEDE/NO LE CONVIENE</p> <p>QUEDAR EMBARAZADA..... 3</p> <p>INDECTSA/NO SABE..... 8 → 604</p>	
603	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes del nacimiento de otro niño?</p>	<p>MESES..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>POCO TIEMPO/AHORA..... 993 → 606</p> <p>ELLA NO PUEDE/NO LE CONVIENE</p> <p>QUEDAR EMBARAZADA..... 994</p> <p>DESPUES DEL MATRIMONIO..... 995</p> <p>OTRA: (ESPECIFIQUE)..... 996</p> <p>NO SABE..... 998</p>	
604	<p>VERIFIQUE 227:</p> <p>NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	607	
605	<p>¿Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas, se sentiría bien (contenta o feliz), se sentiría mal (triste o infeliz), o no le preocuparía?</p>	<p>SE SENTIRIA BIEN..... 1</p> <p>SE SENTIRIA MAL..... 2</p> <p>NO LE PREOCUPARIA..... 3</p>	
606	<p>COTEJE 313 Y 314:</p> <p>NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ESTA ACTUALMENTE USANDO RITMO, RETIRO, OTRO METODO TRADICIONAL <input type="checkbox"/></p> <p>612</p> <p>ESTA ACTUALMENTE USANDO METODO MODERNO <input type="checkbox"/></p> <p>612</p>		
607	<p>¿Piensa Ud. usar un método en los próximos doce meses?</p>	<p>SI..... 1 → 609</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
608	<p>¿Piensa Ud. usar un método para evitar embarazos en el futuro?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 610</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
609	<p>¿Cuando Ud. use un método, cuál preferiría usar?</p>	<p>PASTILLAS..... 01</p> <p>DIU..... 02</p> <p>INYECCIONES..... 03</p> <p>IMPLANTE/NORPLANT..... 04</p> <p>VAGINALES (TABLETA/ESPUMA/OVULO)..... 05</p> <p>CONDON..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA..... 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 → 612</p> <p>RITMO O METODO DE OVULACION..... 09</p> <p>RETIRO..... 10</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
610	<p>¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método?</p>	<p>NO UNIDA..... 11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 23</p> <p>SUBFECUNDA/INFERTIL..... 24</p> <p>DESEA MAS HIJOS..... 25</p> <p>OPUESTA A USAR:</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>RAZONES RELIGIOSAS..... 34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE METODO..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51 → 612</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO</p> <p>LEJOS..... 53</p> <p>CUESTA MUCHO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE DE USAR..... 55</p> <p>INTERFIERE CON LOS PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56</p> <p>FATALISTA..... 61</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
611	¿Usaría Ud. un método si estuviera casada/o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
612	<p>VERIFIQUE 216</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>V Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>V Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE</p>	<p>NUMERO:..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 96 → 614</p>	
613	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos varones o no le importaría el sexo?	<p>MIRAS <input type="text"/> NIROS <input type="text"/> CUALQUIERA <input type="text"/></p> <p>NUMERO....</p> <p>OTRA RESPUESTA (ESPECIFIQUE) 999996</p>	
614	¿En general, Ud. está de acuerdo o en desacuerdo en que las parejas usen un método para evitar o demorar embarazos?	<p>DE ACUERDO..... 1 EN DESACUERDO..... 2 NO OPINA..... 3</p>	
615	¿Está Ud. de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar:	<p>SI NO NS</p> <p>a. RADIO..... 1 2 8 b. TELEVISION..... 1 2 8 c. PERIODICOS/REVISTAS..... 1 2 8 d. AFICHES..... 1 2 8 e. FOLLETOS..... 1 2 8</p>	
616	¿Ha oído o leído Ud. en los últimos seis meses, algún mensaje sobre planificación familiar:	<p>SI NO</p> <p>a. RADIO..... 1 2 b. TELEVISION..... 1 2 c. PERIODICO/REVISTA..... 1 2 d. AFICHE/POSTER..... 1 2 e. FOLLETOS..... 1 2 f. CARTELES..... 1 2</p>	
618	¿En los últimos meses ha comentado Ud. sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	<p>SI..... 1 NO..... 2 → 620</p>	
619	<p>¿Con quién ha comentado?</p> <p>Con alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G AMIGAS..... H OTRA:..... X (ESPECIFIQUE)</p>	
620	<p>VERIFIQUE: 502</p> <p>CASADA O UNIDA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p>	<p>NO EN UNION <input type="checkbox"/> → 624</p>	
621	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/compañero sobre planificación familiar.</p> <p>¿Piensa Ud. que su esposo/compañero está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?</p>	<p>DE ACUERDO..... 1 EN DESACUERDO..... 2 NO SABE..... 8</p>	
622	¿Con qué frecuencia Ud. y su esposo/compañero hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	<p>NUNCA HAN HABLADO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 A MENUDO..... 3 NO HABLAN PORQUE USAN METODO..... 4</p>	
623	¿Piensa Ud. que su esposo/compañero desea (deseaba) tener con Ud. el mismo número de hijos que Ud. quiere (quería), o él quiere (quería) más o menos que Ud.?	<p>MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
631	<p>¿Qué significa para usted la frase "JUNTOS DECIDIMOS CUANDO"?</p> <p>(INDAGUE) ¿Algo más?</p> <p>(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</p>	<p>LA PAREJA DEBE PLANIFICAR..... A</p> <p>JUNTOS EL NUMERO DE HIJOS..... B</p> <p>SALUD REPRODUCTIVA..... C</p> <p>SALUD DE LA MUJER..... D</p> <p>DECIDIR JUNTOS CUANDO TENER RELACIONES SEXUALES..... E</p> <p>LA PAREJA DEBE DECIDIR CUANDO CASARSE..... F</p> <p>NO TENER HIJOS MUY JOVEN..... G</p> <p>NO CASARSE/UNIRSE MUY JOVEN..... H</p> <p>NO TENER HIJOS SEGUIDOS..... I</p> <p>QUERER ES PODER..... J</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... Z</p>	
632	<p>¿El haber escuchado estos mensajes relacionados con la figura (logo) y con la frase "Juntos decidimos cuando" le motivó a conversar con alguna persona?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	634
633	<p>¿Con quién conversó?</p> <p>(INDAGUE) ¿Con alguien más?</p> <p>(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</p>	<p>PAREJA (NOVIO)..... A</p> <p>AMIGAS MUJERES..... B</p> <p>AMIGOS VARONES..... C</p> <p>PADRE..... D</p> <p>MADRE..... E</p> <p>HERMANO/HERMANAS..... F</p> <p>OTROS FAMILIARES..... G</p> <p>PROVEEDOR DE SALUD..... H</p> <p>PROMOTORA COMUNITARIA..... I</p> <p>FIGURA RELIGIOSA..... J</p> <p>PROFESOR/MAESTRO..... J</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... Z</p>	
634	<p>¿Tomó usted alguna decisión o hizo algo como resultado de haber visto o escuchado estos mensajes?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	636
635	<p>¿Qué hizo usted como resultado de haber escuchado o visto estos mensajes?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS</p>	<p>DECIDIO EVITAR RELACIONES SEXUALES.. A</p> <p>DECIDIO CUIDARSE PARA EVITAR EMBARAZO..... B</p> <p>DECIDIO ESPERAR PARA CASARSE/FORMALIZAR..... C</p> <p>DECIDIO CONVERSAR CON LA PAREJA SOBRE PLANIF. FAMILIAR/METODOS..... D</p> <p>DECIDIO ESPERAR ANTES DE TENER OTRO HIJO..... E</p> <p>VISITO HOSPITAL/CENTRO/ PUESTO DE SALUD..... F</p> <p>VISITO CLINICA PLANIF. FAMILIAR..... G</p> <p>VISITO CLINICA DE PROFAMILIA..... H</p> <p>BUSCO INFORMACION SOBRE P.F..... I</p> <p>ADOPTO UN METODO DE P.F..... J</p> <p>HABLO CON LA PAREJA SOBRE EL TEMA... K</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... Z</p>	
636	<p>¿Cree usted que tomará alguna acción en el futuro o conversará con alguien acerca de lo que ha visto o escuchado en estos mensajes?</p> <p>LEA LAS OPCIONES</p>	<p>DEFINITIVAMENTE SI..... 1</p> <p>PROBABLEMENTE SI..... 2</p> <p>PROBABLEMENTE NO..... 3</p> <p>DEFINITIVAMENTE NO..... 4</p> <p>OTRO..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>	

EXPOSICION A CAMPAÑA DE COMUNICACION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
624	¿Recuerda haber visto o escuchado algún mensaje sobre Salud Reproductiva en los últimos seis meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 626
625	¿Dónde escuchó, vio o leyó estos mensajes? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	OYO EN RADIO..... A VIO EN TELEVISION..... B FOLLETOS/VOLANTES/CALCOMANIAS..... C EN POSTER O AFICHE..... D ROTULOS EN LOS BUSES..... E TEATRO CALLEJERO..... F EVENTO (MOVILIZACION COMUNITARIA)..... G ALGUIEN LE HABLO..... H PERIODICOS..... I CARTELES/ROTULOS..... J SERVICIO DE SALUD..... K CLINICA PLANIFICACION FAMILIAR..... L CLINICA PROFAMILIA..... M EN CENTRO EDUCATIVO..... N PARROQUIA U OTRA IGLESIA..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
626	¿Ha visto alguna vez esta figura? MUESTRE EL LOGOTIPO	SI..... 1 NO..... 2	→ 629
627	¿Dónde vio esta figura? INDAGUE ¿En qué otro lugar? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	EN TELEVISION..... A FOLLETOS/VOLANTES/CALCOMANIAS..... B EN POSTER O AFICHE..... C EN LOS BUSES..... D TEATRO CALLEJERO..... E EVENTO (MOVILIZACION COMUNITARIA)..... F PERIODICOS..... G CARTELES..... H SERVICIO DE SALUD..... I CLINICA. PF..... J CLINICA. PROFAMILIA..... K EN CAMISETA..... L OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
628	¿Qué significa o con qué relaciona esa figura? INDAGUE ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	PLANIFICACION FAMILIAR..... A SALUD REPRODUCTIVA..... B DECIDIR CUANDO TENER RELACIONES SEXUALES..... E NO TENER HIJOS MUY JOVEN..... G NO TENER HIJOS MUY SEGUIDOS..... I DECIDIR JUNTOS NUMERO DE HIJOS..... J DONDE BUSCAR ATENCION SOBRE PF O SR..... M DONDE CONSEGUIR METODOS DE PF O SR..... N NO CASARSE/UNIRSE MUY JOVEN..... H SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
629	¿Qué significa para usted Salud Reproductiva? INDAGUE ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	LA PAREJA DEBE PLANIFICAR EL NUMERO DE HIJOS..... A SALUD DE LA MUJER..... C SALUD DE LA MUJER Y EL HOMBRE..... D DECIDIR CUANDO CASARSE/UNIRSE, TENER HIJOS..... F NO TENER HIJOS MUY JOVEN..... G NO CASARSE/UNIRSE MUY JOVEN..... H NO TENER HIJOS MUY SEGUIDOS/ MUCROS HIJOS..... I CUIDARSE PARA NO TENER HIJOS..... K CUIDARSE DE ENF. TRANSMISION SEXUAL..... L OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
630	¿Ha escuchado la frase "JUNTOS DECIDIMOS CUANDO"?	SI..... 1 NO..... 2	→ 631

630A VER 626 Y 630

SI EN P. 626 O
SI EN P. 630

NO P. 626 Y
NO EN P. 630

→ 701

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO Y TRABAJO DE LA MUJER

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	<p>VERIFIQUE 502 Y 504</p> <p>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/></p>		703 709
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD	
703	¿Su (último) esposo/compañero alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	706
704	¿Cuál fue el último año de estudios que él aprobó y de qué nivel?	NINGUNO..... 000 PREESCOLAR..... 1 ALFABETIZADO..... 2 PRIMARIA..... 3 SECUNDARIA..... 4 TECNICO..... 5 UNIVERSITARIA..... 6 NO SABE..... 998	
706	¿Cuál es (era) la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir ¿qué clase de trabajo hace (hacía) él principalmente?		
707	<p>VERIFIQUE 706:</p> <p>TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA (TRABAJO) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>		709
708	¿Su esposo/compañero trabaja (trabajó) principalmente en su propia tierra, tierra de la familia, en tierra arrendada o en tierra de otros?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4	
709	Ahora me voy a referir al trabajo suyo: ¿Aparte del trabajo de la casa, actualmente está Ud. trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	712
710	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Tiene Ud. actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	712
711	¿Ha trabajado Ud. en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	726
712	¿Cuál es(era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?		
713	<p>VERIFIQUE 712:</p> <p>TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>		715
714	¿Trabaja(ba) Ud. principalmente su propia tierra, en la tierra de algún familiar, en tierra arrendada, en la tierra de alguien más o en una cooperativa?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRO..... 4 COOPERATIVA..... 5	
715	¿Usted le trabaja(ba) a algún familiar, a otra persona (empresa, institución, etc.), o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA FAMILIAR..... 1 PARA OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
716	¿Usted realiza ese trabajo durante todo el año, por temporadas del año, o solo de vez en cuando?	A TRAVES DE TODO EL AÑO..... 1 ESTACIONALMENTE/POR EPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	718 719
717	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES.....	
718	(En los meses en que Ud. trabajó) ¿Cuántos días a la semana normalmente trabaja(o) Ud.?	NUMERO DE DIAS.....	720
719	Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS.....	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
720	¿Recibe Ud. dinero (a usted le pagan) por su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	723
721	¿Normalmente Cuánto dinero le pagan por su trabajo? INDAGUE: ¿Este pago es por día, por semana, por quincena o por mes?	CORDOBAS C\$ POR DIA..... 1 POR SEMANA..... 2 POR QUINCENA..... 3 POR MES..... 4 OTRO: _____ 999996 (ESPECIFIQUE)	
722	VERIFIQUE 502: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> v ¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que Ud. gana: Ud., su esposo/compañero, Ud. y su esposo/compañero conjuntamente, o alguien más? NO CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> v ¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que Ud. gana: Ud., alguien más, Ud. y alguien más conjuntamente?	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN 3 ALGUIEN MAS DECIDE 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MAS 5 (SI 4 ó 5, QUIEN/CON QUIEN) (ESPECIFIQUE)	
723	¿Ese(esos) trabajo(s) que ud. realiza normalmente lo(s) hace en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR 1 FUERA DEL HOGAR 2 EN AMBOS..... 3	
724	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGUN(A) HIJO(A) DE CINCO AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		726
725	¿Quién cuida normalmente de (NOMBRE DEL NIÑO(A) MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 LA MADRE/SUEGRA..... 05 OTROS PARIENTES..... 06 VECINOS..... 07 AMIGOS..... 08 EMPLEADA DOMESTICA..... 09 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 10 C.D.I..... 11 NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
726	¿Ha vivido Ud. solamente en una localidad o en más de una localidad desde DICIEMBRE DE 1992?	UNA LOCALIDAD..... 1 MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2	728
727	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CAPITAL, "2" PARA CIUDAD/PUEBLO Y "3" PARA CAMPO). EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA DICIEMBRE DE 1992. PASE A		800
728	¿En qué mes y año vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL MOVIMIENTO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CAPITAL, "2" CIUDAD/PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS MOVIMIENTOS Y TIPOS DE LOCALIDADES. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: -¿Dónde vivió Ud. antes de ...? -¿En qué mes y año llegó allí? -¿Es ese lugar la capital, una ciudad o pueblo, o un campo?		
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL			
800	En el ultimo año, ¿Tuvo usted alguna enfermedad venérea?	SI 1 NO 2	
800A	En el último año ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas... a) Ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor? o pus con mal olor? b) Dolor en el bajo vientre al tener relaciones sexuales? c) Llagas o granos en sus partes íntimas?	SI NO ARDOR O COMEZON.....1 2 DOLOR VIENTRE.....1 2 LLAGAS/GRANOS.....1 2	

SECCION 8. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
801	¿Ha oído Ud. hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 901
802	¿De cuáles medios o fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿Algún otro medio o fuente? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS..... D TRABAJADORES DE LA SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
802A	¿Cómo piensa Ud. que una persona puede enfermarse de SIDA? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON MUCHAS PERSONAS..... B SEXO CON PROSTITUTAS..... C NO USO DE CONDONES..... D CONTACTOS HOMOSEXUALES..... E TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F JERINGAS..... G POR BESOS..... H PICADURAS DE MOSQUITOS..... I OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
803	¿Piensa Ud. que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA o del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 807
804	¿Qué se puede hacer? ¿Algo más? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	SEXO SEGURO..... A ABSTENERSE DE SEXO..... B USAR CONDON..... C UN SOLO COMPAÑERO..... D EVITAR SEXO CON PROSTITUTAS..... E EVITAR SEXO CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR LAS INYECCIONES..... H EVITAR BESARSE..... I EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO..... J CONSULTAR CURANDEROS..... K OTRO..... W (ESPECIFIQUE) OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
805	VERIFIQUE 804 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> MENCIONO SEXO SEGURO ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NO MENCIONO SEXO SEGURO → </div> </div>		807
806	¿Qué significa para Usted sexo seguro?	ABSTENERSE DE SEXO..... B USAR CONDONES..... C TENER UN SOLO COMPAÑERO..... D EVITAR SEXO CON PROSTITUTAS..... E EVITAR SEXO CON HOMOSEXUALES..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
807	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	¿Cree usted que las personas con SIDA casi nunca mueren de la enfermedad, algunas veces mueren o casi siempre mueren de la enfermedad?	CASI NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 CASI SIEMPRE..... 3 SIEMPRE..... 4 NO SABE..... 8	
809	¿Piensa Ud. que sus posibilidades de contagiarse o estar contagiada del SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad de contagiarse?	PEQUEÑAS..... 1 MODERADAS..... 2 GRANDES..... 3 NINGUNA..... 4 TIENE SIDA..... 5	
810	¿Desde que usted escuchó hablar de SIDA cambió usted su comportamiento sexual, para evitar contagiarse de la enfermedad? SI LA RESPUESTA ES "SI" PREGUNTE: ¿Qué hizo usted? ¿Hizo algo más? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES..... A YA NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... B COMENZO A USAR CONDONES..... C TIENE SEXO CON UNA SOLA PERSONA..... D SU ESPOSO NO TIENE OTRAS MUJERES..... E REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... F PIDIO FIDELIDAD AL MARIDO..... G DEJO DE PONERSE INYECCIONES..... H OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO HA CAMBIADO SU COMPORTAMIENTO SEXUAL..... Y	

SECCION 9: RELACIONES EN EL HOGAR

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
901	<p>VERIFIQUE 502</p> <p>CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> NO EN UNION <input type="checkbox"/></p>		909
902	<p>¿Quien tiene la última palabra en su casa sobre lo siguiente: Usted, su esposo/compañero, ambos de acuerdo, alguien mas?</p> <p>SI ALGUIEN MAS: ¿Quién? (ESPECIFIQUE)</p> <p>¿Visitas a amigos y a la familia?</p> <p>¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor?</p> <p>¿Cuando un niño necesita ir al doctor?</p> <p>¿La educación de los hijos?</p> <p>¿Qué alimentos cocinar diariamente?</p> <p>¿Uso de anticonceptivos?</p> <p>¿Cómo disciplinar a los hijos?</p>	<p>ELLA ESP. AMBOS OTRO N/A</p> <p>COMP. COMP.</p> <p>VISITAS.....1 2 3 6 7</p> <p>TELEVISOR.....1 2 3 6 7</p> <p>DOCTOR.....1 2 3 6 7</p> <p>EDUCACION.....1 2 3 6 7</p> <p>ALIMENTACION.....1 2 3 6 7</p> <p>ANTICONCEP.....1 2 3 6 7</p> <p>DISCIPLINA.....1 2 3 6 7</p> <p>(ESPECIFICAR)</p>	
903	<p>En general, ¿Cree usted que en su hogar, su opinión tiene el mismo peso que la opinión de su esposo/compañero, más peso, menos peso, o en general su opinión no se tiene en cuenta para nada?</p>	<p>MISMO PESO 1</p> <p>MAS PESO 2</p> <p>MENOS PESO 3</p> <p>NO SE TIENE EN CUENTA 4</p>	
904	<p>Quando usted se enferma, ¿Tiene que pedirle permiso a alguien para poder ir ver al doctor?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	906
905	<p>¿De quién necesita usted obtener permiso?</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO 1</p> <p>SUEGRA 2</p> <p>OTRO FAMILIAR HOMBRE 3</p> <p>OTRO FAMILIAR MUJER 4</p> <p>OTRO 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
906	<p>¿Con qué frecuencia llega tomado su esposo/compañero al hogar?</p>	<p>NUNCA 01</p> <p>DE VEZ EN CUANDO 02</p> <p>CADA MES 03</p> <p>CADA QUINCENA 04</p> <p>CADA SEMANA 05</p> <p>CASI DIARIO 06</p>	
907	<p>Si por alguna razón su esposo/compañero no pudiese aportar recursos a la familia, ¿podría usted misma cubrir las necesidades de la familia?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	909
908	<p>¿Cómo haría usted para cubrir las necesidades de su familia?</p>	<p>INGRESO DE TRABAJO 1</p> <p>AYUDA DE FAMILIARES EN NICARAGUA 2</p> <p>AYUDA DE FAMILIARES EN EL EXTERIOR 3</p> <p>OTRO 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

909 LEALE A TODAS LAS ENTREVISTADAS						
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre aspectos financieros. Esta información la necesitamos para entender la posición financiera de la mujer en el hogar.						
ITEMS	909A. Dígame por favor si usted sola o junta con alguien posee alguno de las siguientes bienes:			909B. Si alguna vez usted llegara a necesitar dinero podría usted vender alguna de las cosas que usted mencionó sin permiso, sólo con permiso, o no puede vender nada		
	NO POSEE	POSEE SOLA	CON OTRO	CON PERMISO	SIN PERMISO	NO PUEDE VENDER
a) Tierra	1	2	3	1	2	3
b) Casa u otra propiedad	1	2	3	1	2	3
c) Una empresa o negocio	1	2	3	1	2	3
d) Animales grandes (vacas, caballos, etc.)	1	2	3	1	2	3
e) Animales pequeños (Gallinas, cerdos, etc.)	1	2	3	1	2	3
f) Bienes duraderos del hogar? (TV, etc.)	1	2	3	1	2	3

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																
910	En su familia, ¿Quién decide como gastar el ingreso del hogar?	ESPOSO/COMPAÑERO 1 ELLA SOLAMENTE 2 AMBOS 3 OTROS 6 (ESPECIFIQUE)																																	
911	¿Es usted miembro de algún tipo de grupo, asociación u organización que se reúne frecuentemente?	SI 1 NO 2	913																																
912	¿Qué tipo de grupo, asociación u organización es? ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS	PROFESIONAL A GRUPO DE CREDITO B ORGANIZACION DE MUJERES C SINDICATOS D GRUPO RELIGIOSO E ORG.COMUNITARIO F ORG. POLITICA G OTRO X (ESPECIFIQUE)																																	
913	¿Siente usted que cuenta con el apoyo moral de su familia?	SI 1 NO 2																																	
914	¿Alguna vez ha pensado usted en quitarse la vida?	SI 1 NO 2	916																																
915	¿Alguna vez ha intentado usted quitarse la vida?	SI 1 NO 2																																	
916	Cree usted que una esposa puede tener una buena razón para buscar divorcio o separación si: a) ¿El nunca le escucha o nunca tiene en cuenta sus opiniones? b) ¿El golpea a los niños? c) ¿El no aporta suficiente dinero para ella y sus niños? d) ¿El la golpea frecuentemente? e) ¿El anda con otra?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) NO ESCUCHA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) GOLPEA A NIÑOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) NO APORTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) GOLPEA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) INFIEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a) NO ESCUCHA	1	2	8	b) GOLPEA A NIÑOS	1	2	8	c) NO APORTA	1	2	8	d) GOLPEA	1	2	8	e) INFIEL	1	2	8									
	SI	NO	NO SABE																																
a) NO ESCUCHA	1	2	8																																
b) GOLPEA A NIÑOS	1	2	8																																
c) NO APORTA	1	2	8																																
d) GOLPEA	1	2	8																																
e) INFIEL	1	2	8																																
917	Y con respecto a los hombres, ¿Cree usted que un esposo tiene una buena razón para separarse si: a) ¿Ella nunca le escucha o nunca tiene en cuenta sus opiniones? b) ¿Ella no puede tener hijos? c) ¿Ella no realiza bien las labores del hogar? d) ¿Ella no cuida bien y golpea a sus hijos? e) ¿Ella anda con otro?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) NO ESCUCHA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NO HIJOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) NO LABORES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) GOLPEA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) INFIEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a) NO ESCUCHA	1	2	8	b) NO HIJOS	1	2	8	c) NO LABORES	1	2	8	d) GOLPEA	1	2	8	e) INFIEL	1	2	8									
	SI	NO	NO SABE																																
a) NO ESCUCHA	1	2	8																																
b) NO HIJOS	1	2	8																																
c) NO LABORES	1	2	8																																
d) GOLPEA	1	2	8																																
e) INFIEL	1	2	8																																
918	¿Cree usted que una mujer tiene razón de negar sexo a su esposo en las siguientes situaciones? a) ¿Si ella está con la regla? b) ¿Si no quiere salir embarazada? c) ¿Si él la golpea? d) ¿Si él está borracho? e) ¿Si él tiene relaciones con otras mujeres? f) ¿Si ella está recién parida? g) ¿Si está cansada, o no tiene deseo (ganas)?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) REGLA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NO EMBARAZO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) GOLPEA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) BORRACHO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) INFIEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) RECIEN PARIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) NO GANAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a) REGLA	1	2	8	b) NO EMBARAZO	1	2	8	c) GOLPEA	1	2	8	d) BORRACHO	1	2	8	e) INFIEL	1	2	8	f) RECIEN PARIDA	1	2	8	g) NO GANAS	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																																
a) REGLA	1	2	8																																
b) NO EMBARAZO	1	2	8																																
c) GOLPEA	1	2	8																																
d) BORRACHO	1	2	8																																
e) INFIEL	1	2	8																																
f) RECIEN PARIDA	1	2	8																																
g) NO GANAS	1	2	8																																
919	Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la relación de pareja. Yo sé que estas preguntas son muy personales, pero me gustaría que usted las contestara con sinceridad. También quisiera asegurarle que sus respuestas son totalmente confidenciales. Nadie más tendrá conocimiento sobre lo que vamos a discutir. Cuando dos personas se casan o conviven, ellos usualmente comparten los buenos y malos momentos. En relación con su esposo/compañero (o ex), podría decirme si las siguientes situaciones le suceden (lan) frecuentemente, a veces o nunca: a) ¿Su esposo/compañero le gusta pasar su tiempo libre con usted? b) ¿Su esposo/compañero le consulta su opinión en diferentes temas? c) ¿Su esposo/compañero es cariñoso con usted? d) ¿Su esposo/compañero le respeta sus derechos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>FRE- CUENTE- MENTE</th> <th>A VECES</th> <th>NUN CA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) TIEMPO LIBRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) CONSULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) CARIÑO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) DERECHOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		FRE- CUENTE- MENTE	A VECES	NUN CA	a) TIEMPO LIBRE	1	2	3	b) CONSULTA	1	2	3	c) CARIÑO	1	2	3	d) DERECHOS	1	2	3													
	FRE- CUENTE- MENTE	A VECES	NUN CA																																
a) TIEMPO LIBRE	1	2	3																																
b) CONSULTA	1	2	3																																
c) CARIÑO	1	2	3																																
d) DERECHOS	1	2	3																																
920	Ahora le voy a preguntar sobre situaciones que le pasan a algunas mujeres. Dígame por favor si estas frases son <u>ciertas</u> para usted o no son <u>ciertas</u> en la relación con su esposo/compañero: a) Su esposo/compañero es celoso o se enoja si conversa con otro hombre. b) El la acusa constantemente de serle infiel. c) El le impide que visite o la visiten amigas. d) El trata de limitar su relación con su familia. e) El insiste siempre en saber dónde está. f) El le oculta su ingreso cuando le pregunta.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CELOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) ACUSA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) VISITAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) FAMILIA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) DONDE ESTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) INGRESO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a) CELOSO	1	2	8	b) ACUSA	1	2	8	c) VISITAS	1	2	8	d) FAMILIA	1	2	8	e) DONDE ESTA	1	2	8	f) INGRESO	1	2	8					
	SI	NO	NO SABE																																
a) CELOSO	1	2	8																																
b) ACUSA	1	2	8																																
c) VISITAS	1	2	8																																
d) FAMILIA	1	2	8																																
e) DONDE ESTA	1	2	8																																
f) INGRESO	1	2	8																																

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																												
921	<p>Algunas veces la esposa/compañera puede hacer cosas que molestan a su esposo/compañero. Por favor dígame si usted cree que el esposo/compañero tiene razón de pegarle a su esposa/compañera en alguna de las siguientes situaciones.</p> <p>a) ¿Si ella descuida la casa o los niños?</p> <p>b) ¿Si se niega a tener relaciones sexuales con él?</p> <p>c) ¿Si él sospecha de que ella anda con otro?</p> <p>d) ¿Si ella sale sin avisarle?</p> <p>e) ¿Alguna otra situación? ¿Cuál?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) DESCUIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) NIEGA SEXO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) INFIEL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) SALE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) OTRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	NO SABE	a) DESCUIDA.....	1	2	3	b) NIEGA SEXO.....	1	2	3	c) INFIEL.....	1	2	3	d) SALE.....	1	2	3	e) OTRO.....	1	2																																																																																																																						
	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																												
a) DESCUIDA.....	1	2	3																																																																																																																																												
b) NIEGA SEXO.....	1	2	3																																																																																																																																												
c) INFIEL.....	1	2	3																																																																																																																																												
d) SALE.....	1	2	3																																																																																																																																												
e) OTRO.....	1	2																																																																																																																																													
922	¿Cree usted que la mujer debe aguantar que le peguen para mantener a la familia unida?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																																																																																																													
923	Desde que usted cumplió 15 años, ¿ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	925																																																																																																																																												
924	<p>¿Quién la ha golpeado o maltratado físicamente?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS</p> <p>¿Con qué frecuencia (LA PERSONA MENCIONADA) la golpeaba?</p> <p>¿Y alguien más?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>UNA VEZ</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MADRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PADRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PADRASTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>HERMANO/A.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>OTRO FAMILIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>NOVI/O.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CONOCIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>OTRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NO	MADRE.....	1	2	3	0	PADRE.....	1	2	3	0	PADRASTO.....	1	2	3	0	HERMANO/A.....	1	2	3	0	OTRO FAMILIAR.....	1	2	3	0	NOVI/O.....	1	2	3	0	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	0	CONOCIDO.....	1	2	3	0	DESCONOCIDO.....	1	2	3	0	OTRO.....	1	2	3	0																																																																																						
	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NO																																																																																																																																											
MADRE.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
PADRE.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
PADRASTO.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
HERMANO/A.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
OTRO FAMILIAR.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
NOVI/O.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
CONOCIDO.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
DESCONOCIDO.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
OTRO.....	1	2	3	0																																																																																																																																											
925	<p>Ahora si me permite, voy a hacerle unas preguntas sobre su relación de pareja.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">925A En los últimos 12 meses, cuántas veces su(s) esposo/compañero (ex).</th> <th colspan="4">925B Le hizo su esposo/compañero (ex) u otro compañero anteriormente.</th> </tr> <tr> <th></th> <th colspan="5">ÚLTIMO AÑO</th> <th colspan="4">ANTERIORMENTE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2-4</th> <th>5-9</th> <th>10+</th> <th>NO O Q</th> <th>UNA VEZ</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Le dijo o hizo algo para humillarlo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) ¿Amenazó con hacerle daño a usted o a alguien cercano?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) ¿La empujó le sacudió o le tiró algo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>d) ¿Le dio bofetada o le torció el brazo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>e) ¿La golpeó con el puño o algo que pudo hacerle daño?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>f) ¿La ha pateado o arrastrado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>g) Trató de estrangularla o quemarla a propósito?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>h) La amenazó o usó un machete, arma de fuego, u otro tipo de arma contra usted?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>i) La obligó utilizando la fuerza física para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>j) ¿La amenazó o le metió miedo para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>k) La obligó a realizar algún acto sexual aunque usted no quería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		925A En los últimos 12 meses, cuántas veces su(s) esposo/compañero (ex).					925B Le hizo su esposo/compañero (ex) u otro compañero anteriormente.					ÚLTIMO AÑO					ANTERIORMENTE					1	2-4	5-9	10+	NO O Q	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NUNCA	a) Le dijo o hizo algo para humillarlo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	b) ¿Amenazó con hacerle daño a usted o a alguien cercano?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	c) ¿La empujó le sacudió o le tiró algo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	d) ¿Le dio bofetada o le torció el brazo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	e) ¿La golpeó con el puño o algo que pudo hacerle daño?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	f) ¿La ha pateado o arrastrado?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	g) Trató de estrangularla o quemarla a propósito?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	h) La amenazó o usó un machete, arma de fuego, u otro tipo de arma contra usted?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	i) La obligó utilizando la fuerza física para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	j) ¿La amenazó o le metió miedo para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	k) La obligó a realizar algún acto sexual aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0		
	925A En los últimos 12 meses, cuántas veces su(s) esposo/compañero (ex).					925B Le hizo su esposo/compañero (ex) u otro compañero anteriormente.																																																																																																																																									
	ÚLTIMO AÑO					ANTERIORMENTE																																																																																																																																									
	1	2-4	5-9	10+	NO O Q	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NUNCA																																																																																																																																						
a) Le dijo o hizo algo para humillarlo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
b) ¿Amenazó con hacerle daño a usted o a alguien cercano?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
c) ¿La empujó le sacudió o le tiró algo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
d) ¿Le dio bofetada o le torció el brazo?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
e) ¿La golpeó con el puño o algo que pudo hacerle daño?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
f) ¿La ha pateado o arrastrado?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
g) Trató de estrangularla o quemarla a propósito?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
h) La amenazó o usó un machete, arma de fuego, u otro tipo de arma contra usted?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
i) La obligó utilizando la fuerza física para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
j) ¿La amenazó o le metió miedo para tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
k) La obligó a realizar algún acto sexual aunque usted no quería?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
926	<p>VERIFIQUE 925A Y P925B</p> <p>ALGUNA RESPUESTA DIFERENTE DE CERO</p>	<p>CERO O NUNCA EN TODAS LAS POSIBILIDADES</p>	940																																																																																																																																												
927	<p>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA</p> <p>SI ES SEPARADA/VIUDA</p> <p>La persona que hizo estas cosas es su esposo/compañero actual, un esposo/compañero anterior a este, o le pasó con más de un esposo/compañero.</p> <p>La persona que le hizo estas cosas era su esposo/compañero último, anterior al último o le pasó con más de un esposo.</p>	<p>ESPOSO ACTUAL/EXESPOSO</p> <p>ÚLTIMO..... 1</p> <p>ESPOSO ANTERIOR..... 2</p> <p>MÁS DE UN ESPOSO..... 3</p>																																																																																																																																													
928	<p>928A Además, dígame usted, ¿cuántas veces durante los últimos 12 meses, le sucedió lo siguiente después de una pelea con su esposo/compañero (o ex)?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">ÚLTIMO AÑO</th> <th colspan="4">ANTERIORMENTE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2-4</th> <th>5-9</th> <th>10+</th> <th>NO O Q</th> <th>UNA VEZ</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) ¿Tenía moretones y dolores?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ÚLTIMO AÑO					ANTERIORMENTE					1	2-4	5-9	10+	NO O Q	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NUNCA	a) ¿Tenía moretones y dolores?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	b) ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	c) ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?	1	2	3	4	0	5	6	7	0	<p>928B Le sucedió esto anteriormente?</p>																																																																																											
	ÚLTIMO AÑO					ANTERIORMENTE																																																																																																																																									
	1	2-4	5-9	10+	NO O Q	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NUNCA																																																																																																																																						
a) ¿Tenía moretones y dolores?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
b) ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						
c) ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?	1	2	3	4	0	5	6	7	0																																																																																																																																						

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
929	VERIFIQUE 215 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div>CON HIJOS</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div>NACIDOS VIVOS</div> </div>	SIN HIJOS NACIDOS VIVOS <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div>	931
930	Generalmente sus hijos han estado presente o han escuchado en el momento en que él la golpea(ba)	SI 1 NO 2	
931	Durante las veces que usted ha sido golpeada, ¿Llegó usted a golpear a su esposo/compañero para defenderse?	SI 1 NO 2	
932	¿Recuerda si alguna vez ha sido usted quien golpeó primero?	SI 1 NO 2	
933	¿Alguna vez su esposo/compañero la golpeó estando embarazada?	SI 1 NO 2	935
934	¿Durante cuántos de los embarazos?	NUMERO DEL EMBARAZO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
935	¿Alguna vez usted le contó a alguien su situación?	SI 1 NO 2	939
936	¿Con quién habló? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA	AMIGAS..... A FAMILIA DE ELLA..... B FAMILIA DE EL..... C POLICIA..... D CENTRO DE SALUD..... E IGLESIA..... F CASA DE LA MUJER..... G AYUDA PSICOLOGICA..... H OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
937	¿Alguna vez fue a alguno de los siguientes lugares para buscar ayuda? LEA CADA UNO a) ¿Comisaria de la Mujer? b) ¿Policia? c) ¿Hospital? d) ¿Casa de la mujer? e) ¿Centro de salud? f) ¿Juzgado? g) ¿Otros?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SI NO </div> COMISARIA DE LA MUJER..... 1 2 POLICIA..... 1 2 HOSPITAL..... 1 2 CASA DE LA MUJER..... 1 2 CENTRO DE SALUD..... 1 2 JUZGADO..... 1 2 OTRO..... 1 2	
938	VERIFIQUE 937 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div>CONTESTA NO A TODOS</div> </div>	CONTESTA SI A ALGUNA PREGUNTA <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div>	940
939	¿Por qué no buscó ayuda? MARQUE LA RAZON MAS IMPORTANTE	MIEDO DE EL 1 VERGÜENZA 2 CREIA QUE NO ERA NECESARIO 3 CREIA QUE DE NADA SERVIRIA 4 OTRO 5 (ESPECIFIQUE) NO SABE 6	
940	Cuando usted era niña, ¿Su papá le pegaba a su mamá?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	
941	Hasta donde usted sepa, ¿golpeaba su suegro a su suegra?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	
942	Ha escuchado o visto en el último año un mensaje sobre violencia intrafamiliar	SI 1 NO 2	946

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A																																																							
943	¿Dónde vio o escuchó este mensaje? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	RADIO A TELEVISION B BROCHE C FOLLETO D OTRO X (ESPECIFIQUE)																																																								
944	¿Recuerda lo que decía ese/esos mensajes?	NO MAS A LA IMPUNIDAD A QUIERO VIVIR SIN VIOLENCIA B NI GOLPES QUE DUELEN NI PALABRAS QUE HIEREN C NO HAY EXCUSAS PARA LA VIOLENCIA D LA PROXIMA VEZ QUE TE LEVANTEN LA MANO, QUE SEA PARA SALUDARTE E NICARAGUA SIN VIOLENCIA SERA MEJOR F OTRO X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA Y																																																								
945	¿Recuerda usted de quién fue el mensaje? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	LA POLICIA A EL GOBIERNO (INIM) B RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA C OTRO GRUPO DE MUJER D NO SABE X																																																								
946	Desde que usted cumplió los 12 años hasta hoy, ¿recuerda usted si alguien más fuera de su esposo/compañero, la forzó físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer algún acto sexual que usted no quería?	SI 1 NO 2	951																																																							
947	¿Quién fue la persona que lo hizo? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS Y PARA CADA UNO PREGUNTE: ¿Cuántas veces?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>UNA</td> <td>ALGU-</td> <td>MUCHAS</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>VEZ</td> <td>NAS</td> <td>VECES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) PADRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) PADRASTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) OTRO FAMILIAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>d) MAESTRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>e) CONOCIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>f) DESCONOCIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>g) NOVIO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>h) OTRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		UNA	ALGU-	MUCHAS	NO		VEZ	NAS	VECES		a) PADRE	1	2	3	0	b) PADRASTO	1	2	3	0	c) OTRO FAMILIAR	1	2	3	0	d) MAESTRO	1	2	3	0	e) CONOCIDO	1	2	3	0	f) DESCONOCIDO	1	2	3	0	g) NOVIO	1	2	3	0	h) OTRO	1	2	3	0	(ESPECIFIQUE)					
	UNA	ALGU-	MUCHAS	NO																																																						
	VEZ	NAS	VECES																																																							
a) PADRE	1	2	3	0																																																						
b) PADRASTO	1	2	3	0																																																						
c) OTRO FAMILIAR	1	2	3	0																																																						
d) MAESTRO	1	2	3	0																																																						
e) CONOCIDO	1	2	3	0																																																						
f) DESCONOCIDO	1	2	3	0																																																						
g) NOVIO	1	2	3	0																																																						
h) OTRO	1	2	3	0																																																						
(ESPECIFIQUE)																																																										
948	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? INDAGUE	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> (MAS O MENOS) NO SABE 99																																																								
949	¿Qué edad tenía la otra persona? INDAGUE	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> NO SABE 99																																																								
950	¿Qué tanto piensa usted que esa experiencia la ha afectado en su bienestar emocional o físico: mucho, poco o nada?	MUCHO 1 POCO 2 NADA 3 NO SABE 4																																																								
951	¿Antes 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	956																																																							
952	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? INDAGUE	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> (MAS O MENOS) NO SABE 99																																																								
953	¿Qué edad tenía la otra persona? INDAGUE	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> NO SABE 99																																																								

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																								
954	¿Quién era esa persona? ¿Cuántas veces sucedió? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	<table> <tr> <th></th> <th>UNA VEZ</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PADRASTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>OTRO FAMILIAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CONOCIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DESCONOCIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </table>		UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NO	PADRE	1	2	3	0	PADRASTO	1	2	3	0	OTRO FAMILIAR	1	2	3	0	CONOCIDO	1	2	3	0	DESCONOCIDO	1	2	3	0	OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	3	0						
	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NO																																							
PADRE	1	2	3	0																																							
PADRASTO	1	2	3	0																																							
OTRO FAMILIAR	1	2	3	0																																							
CONOCIDO	1	2	3	0																																							
DESCONOCIDO	1	2	3	0																																							
OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	3	0																																							
955	¿Que tanto piensa usted que esa experiencia le ha afectado en su bienestar emocional o físico: ¿mucho, poco o nada?	MUCHO 1 POCO 2 NADA 3 NO SABE 4																																									
956	En su opinión, ¿Qué actos considera usted necesarios para castigar a los hijos cuando se portan mal? ¿Qué otro castigo considera usted que podría ser utilizado como castigo a los niños?	a) GRITAR/REGAÑAR A b) PRIVACIONES B c) BOFETADAS C d) GOLPES NALGA/CANILLAS D e) GOLPES CUERPO E f) GOLPES EN LA CARA F g) OTRO X (ESPECIFIQUE) h) NO CONSIDERA Y																																									
957	VERIFIQUE 215 HIJOS DESDE DICIEMBRE DE 1992	SIN HIJOS DESDE DICIEMBRE DE 1992	1001																																								
958	¿Quién es el responsable usualmente de castigar a los niños cuando se portan mal, ¿Usted, su esposo/compañero, ambos u otra persona?	ELLA 1 EL PADRE DE LOS NIÑOS 2 AMBOS 3 OTRO FAMILIAR 4 (ESPECIFIQUE) OTRA PERSONA 5 (ESPECIFIQUE)																																									
959	¿Cuántas veces en el último mes sus hijos han recibido alguno de los siguientes castigos? a) ¿Gritar/regañar? b) ¿Privaciones (no poder salir, ver TV, etc.)? c) ¿Bofetadas? d) ¿Golpes con faja o regla en la nalga o canillas? e) ¿Golpes en el cuerpo o la cabeza? f) ¿Golpes en la cara? g) ¿Otro castigo físico?	<table> <tr> <th></th> <th>UNA VEZ</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>MUCHAS VECES</th> <th>NINGUNA</th> </tr> <tr> <td>a) GRITAR/REGAÑAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) PRIVACIONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) BOFETADAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>d) GOLPES NALGA/CANILLAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>e) GOLPES CUERPO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>f) GOLPES CARA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>g) OTRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </table>		UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NINGUNA	a) GRITAR/REGAÑAR	1	2	3	0	b) PRIVACIONES	1	2	3	0	c) BOFETADAS	1	2	3	0	d) GOLPES NALGA/CANILLAS	1	2	3	0	e) GOLPES CUERPO	1	2	3	0	f) GOLPES CARA	1	2	3	0	g) OTRO	1	2	3	0	
	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	NINGUNA																																							
a) GRITAR/REGAÑAR	1	2	3	0																																							
b) PRIVACIONES	1	2	3	0																																							
c) BOFETADAS	1	2	3	0																																							
d) GOLPES NALGA/CANILLAS	1	2	3	0																																							
e) GOLPES CUERPO	1	2	3	0																																							
f) GOLPES CARA	1	2	3	0																																							
g) OTRO	1	2	3	0																																							

SECCION 10. PESO Y TALLA

1001 VERIFIQUE 215:		PARA MUJERES SIN HIJOS Y SIN NINGUN NACIMIENTO DESDE DICIEMBRE DE 1992 <input type="checkbox"/>		MIDA Y PESE A LA MUJER <input type="checkbox"/>	
UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE DICIEMBRE DE 1992 <input type="checkbox"/>					
ENTREVISTADORA: - EN 1002 (COLUMNAS 2 A 4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE DICIEMBRE DE 1992 QUE AUN ESTE VIVO. - EN 1003 ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE CADA UNO DE SUS HIJOS NACIDOS DESDE DICIEMBRE DE 1992 - EN 1004 ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO DE TODOS LOS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE DICIEMBRE DE 1992. - EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y SUS HIJOS VIVOS. NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS DEBEN SER PESADAS Y MEDIDAS, AUNQUE NO HAYAN TENIDO HIJOS O TODOS SUS HIJOS HAYAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE DICIEMBRE DE 1992 USE FORMULARIOS ADICIONALES.					
		1 ENTREVISTADA	2 ULTIMO NACIDO VIVO	3 PENULTIMO NACIDO VIVO	4 ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
1002	No. DE ORDEN DE P212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOMBRE	(NOMBRE)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)	(NOMBRE DE P212)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215	<input type="text"/>	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....
1005	VACUNA BCG (CON CICATRIZ EN BRAZO IZQUIERDO)	<input type="text"/>	SE VIO CICATRIZ....1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ....1 NO SE VIO CICATRIZ.2	SE VIO CICATRIZ....1 NO SE VIO CICATRIZ.2
1006	TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	SE LE TOMO LA TALLA (TAMANO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?	<input type="text"/>	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIES..... 2
1008	PESO (en Kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	FECHA DE PESO Y TALLA	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....
1010	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 RECHAZO..... 4 OTRA:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO.... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO.... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO RECHAZO..... 4 MADRE RECHAZO.... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO:	<input type="text"/>	NOMBRE DE ASISTENTE:	<input type="text"/>	
1012	HORA DE FINALIZACION	HORA MINUTOS.....			

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la
entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:				1	2	3	4				
EN CADA CASILLA SOLO DEBE APARECER UN CODIGO. LAS COLUMNAS 1, 3 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAS.				08 MAY 01				01 MAY 06			
				1 04 ABR 02				02 ABR 04	1		
				9 03 MAR 03				03 MAR 03	9		
				9 02 FEB 04				04 FEB 02	9		
				8 01 ENE 05				05 ENE 01	8		
				12 DIC 06				06 DIC 12			
				11 NOV 07				07 NOV 11			
				10 OCT 08				08 OCT 10			
				09 SEP 09				09 SEP 09			
				1 08 AGO 10				10 AGO 08	1		
				9 07 JUL 11				11 JUL 07	9		
				9 06 JUN 12				12 JUN 06	9		
				7 05 MAY 13				13 MAY 05	7		
				04 ABR 14				14 ABR 04			
				03 MAR 15				15 MAR 03			
				02 FEB 16				16 FEB 02			
				01 ENE 17				17 ENE 01			
				12 DIC 18				18 DIC 12			
				11 NOV 19				19 NOV 11			
				10 OCT 20				20 OCT 10			
				09 SEP 21				21 SEP 09			
				1 08 AGO 22				22 AGO 08	1		
				9 07 JUL 23				23 JUL 07	9		
				9 06 JUN 24				24 JUN 06	9		
				6 05 MAY 25				25 MAY 05	6		
				04 ABR 26				26 ABR 04			
				03 MAR 27				27 MAR 03			
				02 FEB 28				28 FEB 02			
				01 ENE 29				29 ENE 01			
				12 DIC 30				30 DIC 12			
				11 NOV 31				31 NOV 11			
				10 OCT 32				32 OCT 10			
				09 SEP 33				33 SEP 09			
				1 08 AGO 34				34 AGO 08	1		
				9 07 JUL 35				35 JUL 07	9		
				9 06 JUN 36				36 JUN 06	9		
				6 05 MAY 37				37 MAY 05	6		
				04 ABR 38				38 ABR 04			
				03 MAR 39				39 MAR 03			
				02 FEB 40				40 FEB 02			
				01 ENE 41				41 ENE 01			
				12 DIC 42				42 DIC 12			
				11 NOV 43				43 NOV 11			
				10 OCT 44				44 OCT 10			
				09 SEP 45				45 SEP 09			
				1 08 AGO 46				46 AGO 08	1		
				9 07 JUL 47				47 JUL 07	9		
				9 06 JUN 48				48 JUN 06	9		
				4 05 MAY 49				49 MAY 05	4		
				04 ABR 50				50 ABR 04			
				03 MAR 51				51 MAR 03			
				02 FEB 52				52 FEB 02			
				01 ENE 53				53 ENE 01			
				12 DIC 54				54 DIC 12			
				11 NOV 55				55 NOV 11			
				10 OCT 56				56 OCT 10			
				09 SEP 57				57 SEP 09			
				1 08 AGO 58				58 AGO 08	1		
				9 07 JUL 59				59 JUL 07	9		
				9 06 JUN 60				60 JUN 06	9		
				3 05 MAY 61				61 MAY 05	3		
				04 ABR 62				62 ABR 04			
				03 MAR 63				63 MAR 03			
				02 FEB 64				64 FEB 02			
				01 ENE 65				65 ENE 01			
				1992 12 DIC 66				66 DIC 12 1992			