



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

Dirección General de Demografía

DHS/WESTINGHOUSE

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR

CUESTIONARIO "A" (DOC. 02)

P=0 N°LIN  
N°SUP MUJER

1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---

1. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA							
	1	2	3	4	VISITA FINAL		
FECHA					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
NOMBRE DE ENTREVISTADORA					DIA <table border="1"><tr><td></td></tr></table> MES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
RESULTADO*					<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
SGTE. VISITA					N° DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
HORA							
*CODIGOS DE RESULTADO	1 Completa 2 Ausente 3 Aplazada 4 Rechazada 5 Respondida parcialmente 6 Otros _____ (Especificar)						
IDIOMA DE LA ENTREVISTA	ESPANOL .... 1      USO DE INTERPRETE : QUECHUA .... 2      SI ..... 1 AYMARA .... 3      NO ..... 2						

2. DATOS DEL EQUIPO

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR			
FECHA						
CODIGO	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

# ALMANAQUE 1986

ENERO							FEBRERO							MARZO						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4							1							1
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					
ABRIL							MAYO							JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30					
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5						1	2		1	2	3	4	5	6
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4							1		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	28	29	30	31			
							30													

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PÁGTA.
101	ANOTE EL NUMERO DE PERSONAS LISTADAS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR	NUMERO DE PERSONAS <input type="text"/>	
101A	ANOTE EL NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS LISTADOS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR.	NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS ..... <input type="text"/>	
102	ANOTE LA HORA DE COMIENZO	HORA ..... <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/>	
103	Primero me gustaría hacerle unas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? ¿En el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO ..... 1 PUEBLO ..... 2 CIUDAD ..... 3	
104	¿Cuánto tiempo ha vivido en ..... ? (NOMBRE DEL CENTRO POBLADO DE ENTREVISTA)	SIEMPRE ..... 98 VISITANTE ..... 97 AÑOS ..... <input type="text"/>	106
105	¿Antes de llegar a vivir aquí, a (NOMBRE CENTRO POBLADO) ¿dónde vivió Ud.? ¿en el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO ..... 1 PUEBLO ..... 2 CIUDAD ..... 3	
106	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES ..... <input type="text"/> AÑO ..... <input type="text"/>	
107	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 106 CON 107, SI HAY INCONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA.  SI LA ENTREVISTADA NO SABE LA FECHA DE NACIMIENTO NI SU EDAD, INDAGUE Y AYUDELA A ESTIMAR SU EDAD, LUEGO ANOTELA EN EL SEGUNDO RECUADRO.	AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> AÑOS CUMPLIDOS ..... <input type="text"/> (ESTIMADOS)	
108	¿Alguna vez asistió Ud. a la escuela?	SI ..... 1 NO ..... 2	112
109	¿Cuál es el último año de estudios que aprobó?	TRANSICION ..... <input type="text"/> PRIMARIA ..... <input type="text"/> SECUNDARIA ..... <input type="text"/> SUPERIOR ..... <input type="text"/>	113

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
112	¿Puede, Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede hacerlo?	CON FACILIDAD ..... 1 CON DIFICULTAD ..... 2 NO PUEDE HACERLO ..... 3	→114
113	¿Cuántos días a la semana lee Ud. un periódico?	DIAS ..... <input type="text"/> MENOS DE UNA VEZ ..... 96 NUNCA ..... 97	
114	¿Cuántos días a la semana ve Ud. televisión?	DIAS ..... <input type="text"/> MENOS DE UNA VEZ ..... 96 NUNCA ..... 97	
114A	¿Escucha Ud. radio todos los días?	SI ..... 1 NO ..... 2	
115	¿Cuál es el tipo de servicio de agua para beber que utilizan los miembros de su hogar?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO ... 2 PILON ..... 3 POZO ..... 4 RIO, ACEQUIA ..... 5 MANANTIAL (PUBUIDO) ..... 6 CAMION TANQUE, AGUATERO ..... 7 OTRO ..... 8 (Especificar)	
115A	¿Y qué agua usan en su hogar para bañarse o lavar la ropa?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO ..... 2 PILON ..... 3 POZO ..... 4 RIO, ACEQUIA ..... 5 MANANTIAL (PUBUIDO) ..... 6 CAMION TANQUE, AGUATERO ..... 7 OTRO ..... 8 (Especificar)	→116
115B	¿Cuánto tiempo se demora (le toma) en ir y volver para conseguir el agua?	MINUTOS ..... <input type="text"/> 90 O MAS MINUTOS ..... 90	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.																											
116	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su vivienda? PARA EL SERVICIO DISPONIBLE; ¿Es de uso exclusivo de su hogar o de uso común?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EXCL.</th> <th>COM.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INODORO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOTADERO .....</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXCUSADO .....</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>POZO NEGRO O CIEGO ..</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LETRINA .....</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>8</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NINGUNO .....</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EXCL.	COM.	INODORO .....	1	2	BOTADERO .....	2	2	EXCUSADO .....	3	2	POZO NEGRO O CIEGO ..	4	2	LETRINA .....	5	2	OTRO -----	8	2	(Especificar)			NINGUNO .....	0		
	EXCL.	COM.																												
INODORO .....	1	2																												
BOTADERO .....	2	2																												
EXCUSADO .....	3	2																												
POZO NEGRO O CIEGO ..	4	2																												
LETRINA .....	5	2																												
OTRO -----	8	2																												
(Especificar)																														
NINGUNO .....	0																													
116A	¿Tiene en este momento en su casa jabón para lavarse las manos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI .....</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO .....</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	SI .....	1		NO .....		2	NO SABE .....		8																
	SI	NO																												
SI .....	1																													
NO .....		2																												
NO SABE .....		8																												
117	Tiene en su hogar: ¿Electricidad? ¿Radio? ¿Televisor? ¿Refrigeradora?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICIDAD .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERADORA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	ELECTRICIDAD .....	1	2	RADIO .....	1	2	TELEVISOR .....	1	2	REFRIGERADORA .....	1	2													
	SI	NO																												
ELECTRICIDAD .....	1	2																												
RADIO .....	1	2																												
TELEVISOR .....	1	2																												
REFRIGERADORA .....	1	2																												
118	Algún miembro de su hogar tiene: ¿bicicleta? ¿moto? ¿auto? ¿tractor? (SOLO EN AREA RURAL) ¿casa propia? ¿terrenos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TRACTOR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CASA PROPIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TERRENOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	BICICLETA .....	1	2	MOTO .....	1	2	AUTO .....	1	2	TRACTOR .....	1	2	CASA PROPIA .....	1	2	TERRENOS .....	1	2							
	SI	NO																												
BICICLETA .....	1	2																												
MOTO .....	1	2																												
AUTO .....	1	2																												
TRACTOR .....	1	2																												
CASA PROPIA .....	1	2																												
TERRENOS .....	1	2																												
119	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE: MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>PARQUET O MADERA PULIDA .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VINILICO O ASFALTICO .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LOSETA .....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ENTABLADO DE MADERA .....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>CEMENTO .....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TIERRA O ARENA .....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PARQUET O MADERA PULIDA .....	1	VINILICO O ASFALTICO .....	2	LOSETA .....	3	ENTABLADO DE MADERA .....	4	CEMENTO .....	5	TIERRA O ARENA .....	6	OTRO -----	7	(Especificar)													
PARQUET O MADERA PULIDA .....	1																													
VINILICO O ASFALTICO .....	2																													
LOSETA .....	3																													
ENTABLADO DE MADERA .....	4																													
CEMENTO .....	5																													
TIERRA O ARENA .....	6																													
OTRO -----	7																													
(Especificar)																														
119A	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE: MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>CONCRETO .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>LADRILLO .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADobe .....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ESTERA .....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>OTRO -----</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>(Especificar)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CONCRETO .....	1	LADRILLO .....	2	ADobe .....	3	ESTERA .....	4	OTRO -----	5	(Especificar)																	
CONCRETO .....	1																													
LADRILLO .....	2																													
ADobe .....	3																													
ESTERA .....	4																													
OTRO -----	5																													
(Especificar)																														

SECCION 2. REPRODUCCION

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
202	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. haya tenido durante toda su vida; se refiero sólo a los hijos que Ud. ha dado a luz y no a los hijos adoptados o criados por ud. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI ..... 1 NO ..... 2	→207
203	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud?	SI ..... 1 NO ..... 2	→205
204	¿Cuántos hijos varones viven con ud? ¿Cuántas hijas mujeres viven con ud? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS EN CASA ..... HIJAS EN CASA .....	
205	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI ..... 1 NO ..... 2	→207
206	¿Cuántos hijos varones no viven con Ud? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS FUERA ..... HIJAS FUERA .....	
207	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? INDABUE: ¿Algún [otro] hijo o hija que nació vivo pero que sólo vivió algunos minutos, horas o días?	SI ..... 1 NO ..... 2	→209
208	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas mujeres han muerto? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS MUERTOS ..... HIJAS MUERTAS .....	
209	SUME LAS RESPUESTAS DE 204, 206 Y 208 Y ANOTE EL TOTAL.	TOTAL .....	

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
210	<p>Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. ha tenido en total ..... hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>(INDAGUE Y CORRIJA 204, 206, 208, ó 209)</p> <p>V V</p>		
211	<p>MARQUE LA CASILLA APROPIADA ; UNO O MAS NINGUN NACIDO NACIDOS VIVOS VIVO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 225)</p> <p>V</p> <p>Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo.</p> <p>(ANOTE EN 215 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y LUEGO PREGUNTE 216 A 221 SEGUN CORRESPONDA)</p>		

215 ¿Cuál es el nombre de su primer, segundo, etc., hijo? ESCRIBIR EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	216 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 (NOMBRE) ¿Está vivo?	218 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? ESCRIBIR EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	219 SI FALLECIÓ ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ESCRIBIR EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	220 SI ESTÁ VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	221 SI ESTÁ VIVO: ¿(NOMBRE) está viviendo con ud.?
0 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 6	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 7	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 8	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
0 9	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
1 0	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
1 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2
1 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	DÍAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	EDAD <div><div></div><div></div></div>	SI ..... 1 NO ..... 2



215 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE DE-LLADOS EN LINEAS SE-PARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	216 (HOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 (HOMBRE) es-¿ta vivo?	218 ¿En qué mes y año nació (HOMBRE)? INDIQUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (HOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	220 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tie-ne (HOMBRE) en años cum-plidos?	221 SI ESTA VIVO (HOMBRE) es-¿ta viviendo con ud.?
1 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 5	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 6	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 7	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 8	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
1 9	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
2 0	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
2 1	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
2 2	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
2 3	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2
2 4	HOMBRE ... 1 MUJER ... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	MES ..... AÑO ..... DIAS ..... MESES ..... AÑOS ..... 3	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS ..... 3	EDAD	SI ..... 1 NO ..... 2

222 COMPARE 209 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE: ☐ NUMERO ES EL MISMO ☐ NUMERO ES DIFERENTE

(INDIQUE Y CORRIJA LA INCONSISTENCIA, LUEGO PASE A 225)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
225	¿Está Ud. embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	>230
226	¿En qué mes de embarazo está?	MES ..... NO SABE ..... 98	
226A	7 MESES O MAS      MENOS DE 7 MESES [ ]                      [ ] V                      (PASE A 228)		
227	¿Durante el embarazo le han puesto a Ud. alguna inyección para prevenir el bibe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después del nacimiento?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
228	¿Fue a consultar a alguien para controlar su embarazo?	SI ..... 1 NO ..... 2	>232
229	¿A quién consultó? SI CONSULTO A MAS DE UNA PERSONA ANOTE A LA MAS CALIFICADA	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ, ENFERMERA ..... 2 SANITARIO ..... 3 PROMOTOR ..... 4 PARTERA O COMADRONA ..... 5 CURANDERO ..... 6 OTRO ..... 7 (Especificar)	>232
230	¿Cuándo empezó su última regla?	HACE : DÍAS ..... 1 SEMANAS ..... 2 MESES ..... 3 YA NO MENSTRUA ..... 995 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO . 996 NUNCA MENSTRUO ..... 997	
232	ANOTE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI    NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS    1    2 ESPOSO ..... 1    2 OTROS HOMBRES ..... 1    2 OTRAS MUJERES ..... 1    2	

SECCION 3. ANTICONCEPTIVOS

A

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

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 303. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.

LUEGO PREGUNTE DE 304 A 307 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

M E T O D O	303 ¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI RECONOCIDO ESPONTANEO			304 ¿Ha usado Ud. alguna vez o está usando (METODO)?	305 ¿Dónde iría para obtener (METODO)? (CODIGOS ABAJO)	307 ¿Ha oído de algún problema con el uso de (METODO)? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuál? (CODIGOS ABAJO)
<b>PILDORA</b> (Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DIU</b> (Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una I de cobre, por un médico o una enfermera.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>INYECCION ANTICONCEPTIVA</b> (Las mujeres pueden hacerse poner una inyección que las protege por varios meses que quedan embarazadas.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DIAPHRAGA, ESPUMA, JALEA</b> (Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio, crema, espuma o diafragma, antes de tener relaciones sexuales.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PRESERVATIVO</b> (Los hombres pueden usar un preservativo (jeco, condón) durante las relaciones sexuales.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA)</b> (Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ESTERILIZACION MASCULINA</b> (Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>RITMO (CALENDARIO)</b> (Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes, en que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	¿A dónde iría para recibir información acerca del ritmo? <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>RETIRO</b> (Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.)	1	2	3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>OTROS METODOS</b> (Las parejas pueden utilizar otros métodos o maneras diferentes a los anteriores para evitar un embarazo.) ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI" ESPECIFICAR METODO 1 _____ 2 _____ 3 _____			3 I V	SI ..... 1 NO ..... 2	<b>CODIGOS PARA 305</b> HOSPITAL CENTRO DE SALUD, PUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 01 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 02 CLINICA PRIVADA ..... 03 CONSULTORIO MEDICO, OBSTETRIZ ..... 04 FARMACIA ..... 05 PROMOTOR DE SALUD ... 06 O.P.V.4/..... 07 OTRO ..... 08 NO SABE ..... 09	<b>CODIGOS PARA 307</b> NINGUNO ..... 00 TEMOR, OLVIDO..... 01 DESAPROBACION ESPOSO.. 02 PREOCCUPACION DE SALUD 03 ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD..... 04 COSTO MUY ALTO ..... 05 INEFECTIVO ..... 06 INTERFIERE CON SEXO ... 07 IRREVERSIBLE ..... 08 OTRO ..... 09 NO SABE ..... 09

308 VEA 304 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:  
HA USADO ALGUN METODO (AL MENOS UN SI)  
☐ → SIGA CON 309

NO HA USADO NINGUN METODO (NI UN SI)  
☐ (PAGE A 338)

\*/ O.P.V. :ADIM; APROPO; AFROSAMI; ATLF; CENPROF; FENDECAAF; INPPARES; INSTITUTO MARCELINO; PFH; PLANIFAM; PRO-FAMILIA; SMISBA.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
309	VEA 303 : CONOCE RITMO      NO CONOCE RITMO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V      (PASE A 313)		
310	¿Cuáles cree Ud. que son los días entre una regla y otra en que la mujer puede quedar más fácilmente embarazada? INDAGUE: ¿Cuáles son los días en que la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada?	DURANTE LA REGLA ..... 1 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA ..... 2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA ..... 3 JUSTAMENTE ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA ..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO ..... 5 INMEDIATAMENTE ANTES Y DESPUES ..... 6 OTRO ..... 7 (Especificar) NO SABE ..... 8	
311	VEA 304 : HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA)      NUNCA HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V      (PASE A 313)		
312	La última vez que ha usado el ritmo, ¿cómo determinó en qué días no podía tener relaciones sexuales?	EN BASE : AL CALENDARIO ..... 1 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO ..... 2 A LA MUCOSIDAD CERVICAL (BILLINGS) ..... 3 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y LA MUCOSIDAD ..... 4 A CALENDARIO Y TEMPERATURA ..... 5 A CALENDARIO Y MUCOSIDAD ..... 6 OTRO ..... 7 (Especificar)	
312A	¿Dónde se enteró o quién le informó por primera vez acerca de (TIPO MENCIONADO EN 312)?	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 01 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 02 CLINICA PRIVADA ..... 03 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR, OBSTETRIZ ..... 04 O.P.V. .... 05 PROMOTOR DE SALUD ..... 06 AMIGAS, VECINOS, FAMILIARES ..... 07 PERIODICOS, REVISTAS, LIBROS .... 08 OTRO ..... 09 (Especificar) NO RECUERDA ..... 98	>313

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PBTA.
312B	¿Le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	SI .....1 NO .....2	→313
312C	¿Dónde le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 1 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 2 CLINICAS PRIVADAS ..... 3 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR, OBSTETRIZ..... 4 O.P.V. .... 5 PROMOTOR DE SALUD ..... 6 OTRO ..... 7 (Especificar) NO SABE ..... 8	
312D	¿En qué año le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	AÑO ..... NO SABE ..... 98	
313	VEA 209 Y MARQUE TIENE HIJOS NO TIENE HIJOS [ ] [ ] ¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS ..... [ ]	
314	VEA 304 Y 225 ELLA O EL ELLA Y EL ESTERILIZADO NO ESTERILIZADOS [ ] [ ] I I I EMBARA- NO EMBA- I ZADA RAZADA I [ ] [ ] (PASE 319) (PASE 316)		
315	¿En qué mes y año le hicieron a Ud. [a su esposo] la operación para no tener más hijos?	MES ..... AÑO .....	
315A	¿Cuánto le costó la operación?	INTIS SOLES ..... GRATIS ..... 9997 NO RECUERDA ..... 9998	→320A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PBTA.
316	¿Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2	→319
317	¿Qué método está usando?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF,ESP,JAL)..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO ..... (Especificar)	→320 →323
317A	¿Cuánto paga por: (MÉTODO EN 317) -Caja o sobre (ciclo) de píldoras? -Colocación del (TIPO DIU)? -La inyección anticonceptiva (3 meses)? -La caja de ( MÉTODO VAGINAL)? -Sobre de preservativo (unidad)?	SOLES ..... GRATIS ..... 9997 NO SABE ..... 9998	INTIS →320
318	VEA 317 : USA PILDORA O OTROS PRESERVATIVO [ ] [ ] [ ] (PASE A 320) v		
318A	MUESTRE LA LAMINA ADECUADA Y PREGUNTE : ¿Podría decirme cuál usa Ud.? ANOTE NUMERO ASIGNADO EN LAMINA	OTRO : ..... (Especificar)	→320
319	Durante los últimos 12 meses ¿obtuvo usted algún método o recibió consejo en un hospital, centro de salud, clínica, consultorio médico o de alguna persona, para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2	→322

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I B O S	PAGE A PSTA.
320	¿Dónde obtuvo ese método o recibió consejo acerca de él, la última vez?	- HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 1	
	USUARIAS DE ESTERILIZACION	- OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO..... 2	
320A	¿Dónde se realizó la operación?	- CLINICA PRIVADA ..... 3	
		- CONSULTORIO MEDICO/OBSTETRIZ.. 4	
		- FARMACIA ..... 5	
		- PROMOTOR DE SALUD ..... 6	
		- O.P.V. .... 7	
		- OTRO ..... 8	
		(Especificar)	
		- NO SABE ..... 9	
321	¿Hubo algo del servicio que recibió allí, que no le gustó?	NO ..... 1	
	SI "SI", ¿Qué es lo que no le gustó?	DEMASIADA ESPERA ..... 2	
		DESCORTESIA ..... 3	
		CARO ..... 4	
		NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO ..... 5	
		OTRO ..... 6	
		(Especificar)	
322	VEA 225, 315, 316: NO EMBARAZADA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V V (PASE A 330) USA ACTUAL EL O ELLA NO USA MENTE ESTERILIZ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V (PASE A 324) (PASE A 332)		
323	¿Por cuánto tiempo está usando (MÉTODO ACTUAL) continuamente?	MESES ..... <input type="text"/> AÑOS ..... <input type="text"/> DESDE ULTIMO PARTO ..... 97	
324	¿Ha tenido o tiene usted algún problema con el uso del (MÉTODO ACTUAL)?	SI ..... 1 NO ..... 2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PAGE A PSTA.
325	¿Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene actualmente?	TENOR, OLVIDO ..... 01 DESAPROBACION DEL ESPOSO ..... 02 PROBLEMA DE SALUD ..... 03 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 04 COSTO MUY ALTO ..... 05 INEFECTIVIDAD..... 06 INTERFIERE CON SEXO ..... 07 OTRO ..... 08 (Especificar) NO SABE ..... 98	
326A	ELLA O EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> (PASE A 328) OTRO <input type="checkbox"/> v		
326B	¿Además de (METODO ACTUAL) usa ud. regularmente algún otro método?	SI ..... 1 NO ..... 2 →328	
327	¿Qué método es ese?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF,ESP,JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO ..... (Especificar)	
328	VEA 209, MARQUE SEGUN CORRESPONDA Y PREBUNTE : HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> ¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo, alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo? NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo?	SI ..... 1 NO ..... 2 →342	



Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I C I O S	PASE A PSTA.
329	¿Qué método usó antes de (Método Actual)?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF, ESP, JAL) ..... 04 PRESERVATIVO ..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO ..... (Especificar)	
330	¿Por cuánto tiempo usó (Método en 329) antes de dejar de usarlo por última vez?  ANOTE MESES Y AÑOS	MESES ..... AÑOS .....	
330A	¿En qué mes y año comenzó a usar (Método en 329)?	MES ..... AÑO .....	
331	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (Método anterior al método actual) en ese entonces?	MÉTODO FALLO ..... 02 SEXO INFRECIENTE ..... 03 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACION DE SALUD ..... 05 MÉTODO NO DISPONIBLE ..... 06 COSTO MUY ALTO ..... 07 INTERFIERE CON SEXO ..... 08 CAMBIO DE MÉTODO ..... 09 OTRO ..... 10 (Especificar) NO SABE ..... 98	>342

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I B O S	PASE A PSTA.
332	VEA 209 Y MARQUE : ALGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> NINGUN HIJO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 334)		
333	¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2	→338
334	¿Cuál fue el último método que usó?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF.ESP.JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO ..... (Especificar)	
335	¿Por cuánto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MES Y AÑO	MES ..... AÑO .....	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PSTA.
335A	¿En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO)?  ANOTE MES Y AÑO	MES .....  AÑO .....	
337	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARARAZARSE..... 01 FALLA DE METODO..... 02 SEXO INFRECUENTE ..... 03 OPPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACIONES SALUD ..... 05 METODO NO DISPONIBLE ..... 06 COSTO MUY ALTO..... 07 INTERFIERE CON SEXO ..... 08 CAMBIO DE METODO ..... 09 OTRO ..... 10 (Especificar) NO SABE ..... 98	
338	¿Tiene usted la intención de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9	>342

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I C I O S	PASE A PGTA.
339	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAP.ESP.JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO ..... 05 ESTERILIZACION FEMENINA ..... 06 ESTERILIZACION MASCULINA ..... 07 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA/MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO ..... (Especificar) ..... NO ESTA SEGURA ..... 98	
341	¿Tiene Ud. la intención de usar (MÉTODO PREFERIDO) en los próximos 12 meses?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
342	Algunas mujeres no quieren embar- zarse y no usan ningún método  ¿Por qué razón cree ud. que no usan ningún método anticonceptivo? PONGA UN CÍRCULO EN TODOS LOS MO- TIVOS MENCIONADOS INDAGUE : ¿Alguna otra razón?	FALTA DE CONOCIMIENTO ..... 1 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 1 DEMASIADO CARO ..... 1 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 1 ACCESO DIFÍCIL A MÉTODOS ..... 1 RELIGIOSAS ..... 1 OPOSICION A PLANIFICACION FAMIL. 1 FATALISTA ..... 1 OTRA GENTE SE OPONE ..... 1 INTERFIERE CON SEXO ..... 1 OTRO ..... (Especificar) ..... NO SABE ..... 1	

Nº	PREBUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PSTA.
342A	¿Ha escuchado alguna vez que las mujeres pueden dar de lactar (dar pecho) como una manera de no quedar embarazadas?	SI ..... 1 NO ..... 2	→343
342B	VEA 209 Y MARQUE: ALGUN HIJO                      NINGUN HIJO NACIDO VIVO                    NACIDO VIVO [ ]                                   [ ] [ ]                                   [ ] V                                   (PASE A 343)		
342C	¿Ha usado alguna vez este método o manera para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2	→343
342D	VEA 308 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA HA USADO METODO            NUNCA HA USADO [ ]                                   [ ] [ ]                                   [ ] V                                   (PASE A 343)		
342E	¿En esa oportunidad usó al mismo tiempo otro método anticonceptivo?	SI ..... 1 NO ..... 2	
343	¿Escuchó alguna vez, por radio o por televisión un mensaje sobre planificación familiar?	SI ..... 1 NO ..... 2	→345
344	¿Lo escuchó una vez o más de una vez?	UNA ..... 1 MAS DE UNA ..... 2	
345	¿Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	

1347 VEA 218, 225 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:  
HA TENIDO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 O EMBARAZADA ACTUALMENTE ☐ NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE ☐  
V (PASE A SECCION 5)

1347A Ahora quisiera obtener más información sobre (su embarazo y) los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años.  
MARQUE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO SI ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA Y ANOTE ADENAS LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981. DESPUES MARQUE SI USO O NO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO.  
ALGUNA VEZ USO UN METODO ☐ (PREGUNTE 348 A 354 PARA CADA COLUMNA)  
VEA 308) NUNCA USO UN METODO ☐ (PREGUNTE 354 PARA CADA COLUMNA)

PREGUNTAS FILTROS	VER 225 EMBARAZADA ACTUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE
348 Antes de que Ud. quedara embarazada de (NOMBRE), pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ANTERIOR NACIDO VIVO), ¿uso aunque sea por poco tiempo algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) (←)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) (←)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) (←)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) (←)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) (←)
349 ¿Cuál fue el último método que usó en esa oportunidad?	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ..... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ..... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ..... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ..... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ..... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar)
350 ¿Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>
351 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	SI ..... 1 (PASE A 353A) (←) NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) (←) NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) (←) NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) (←) NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) (←) NO ..... 2
353 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE ..... 3 OPOSICION ESPOSO ..... 4 PREOCUPACION SALUD ..... 5 METODO NO DISPONIBLE ..... 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) ..... 10 NO SABE ..... 9B	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE ..... 3 OPOSICION ESPOSO ..... 4 PREOCUPACION SALUD ..... 5 METODO NO DISPONIBLE ..... 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) ..... 10 NO SABE ..... 9B	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE ..... 3 OPOSICION ESPOSO ..... 4 PREOCUPACION SALUD ..... 5 METODO NO DISPONIBLE ..... 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) ..... 10 NO SABE ..... 9B	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE ..... 3 OPOSICION ESPOSO ..... 4 PREOCUPACION SALUD ..... 5 METODO NO DISPONIBLE ..... 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) ..... 10 NO SABE ..... 9B	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE ..... 3 OPOSICION ESPOSO ..... 4 PREOCUPACION SALUD ..... 5 METODO NO DISPONIBLE ..... 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO <input type="checkbox"/> (especificar) ..... 10 NO SABE ..... 9B
353A No dijo Ud. que el último método que usó fue (METODO) ¿usó otro antes de eso, entre (NOMBRE ULTIMO) y (ANTERIOR N.V.)? SI "NINGUNO" ANOTE 00	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>	METODO <input type="text"/> ANTERIOR <input type="text"/>
353B	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SGTE. COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SGTE. COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SGTE. COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (SGTE. COL.) V	"1" EN 353 OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 402) V
354 Antes de quedar embarazada de (NOMBRE), ¿quería ud. tener un (OTRO) hijo entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos nunca?	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE. COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE. COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE. COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE. COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE A 402)

## SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA MATERNA

A

402 VER 217 Y 218 Y MARCAR SEGUN CORRESPONDA:				
UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981 <input type="checkbox"/>		NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 <input type="checkbox"/> (PASE A SECCION 5)		
ANOTE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.				
PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANIEPENULTIMO NACIDO VIVO	ANTERIOR NACIDO VIVO
	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
403; Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le colocaron a ud. alguna inyeccion para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después de haber nacido?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8
404; Durante el embarazo de (NOMBRE), se hizo control por ese embarazo?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           SI LA RESPUESTA ES "SI" INDIQUE Y ANOTE A LA PERSONA MAS CALIFICADA.         </div> ¿Quién le controló por ese embarazo?	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLÓ ..... 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLÓ ..... 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLÓ ..... 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLÓ ..... 5
405; ¿Quién le atendió en el parto de (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           SI ATENDIO MAS DE UNA PERSONA, ANOTE A LA MAS CALIFICADA.         </div>	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE ..... 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE ..... 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE ..... 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE ..... 6
406; ¿Dio de lactar (le dio pecho) alguna vez a (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410) (--- 2)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410) (--- 2)
SI ESTA VIVO, PREGUNTE: 407; ¿todavía está lactando (dándole pecho) a (NOMBRE)?	SI ..... 1 (PASE A 410) (--- 1) NO ..... 2 NIÑO MUERTO ..... 3			
408; Por cuántos meses dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES ..... HASTA QUE MURO ... 97	MESES ..... HASTA QUE MURO ... 97	MESES ..... HASTA QUE MURO ... 97	MESES ..... HASTA QUE MURO ... 97
409; A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	NO LE HA VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ... 98 MESES (PASE A 412)
410A VEA 225 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> V (PASE A 412)				
411; Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE 56TE.COL.) (--- 2)			
412; Cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE 56TE.COL.)	MESES (PASE A 413)
413 VEA 407 ESTÁ LACTANDO <input type="checkbox"/> NO ESTÁ LACTANDO <input type="checkbox"/> V (PASE A 419)				

A																											
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.																								
414	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE ULTIMO HIJO) ayer, durante las horas del día?	NUMERO DE VECES ..... TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA ..... 97																									
415	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE ULTIMO HIJO) anoche (entre el anochecer y el amanecer)?	NUMERO DE VECES ..... TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA ..... 97																									
416	¿En algún momento de ayer durante las horas del día o la noche le dio a (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO) alguno de los siguientes alimentos?  LEA LAS ALTERNATIVAS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Agua natural? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Jugo? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Leche en polvo ? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Leche de vaca o de cabra? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Algún otro líquido ? ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(Especificar)</td> </tr> <tr> <td>¿Algún alimento sólido o molido ? .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	¿Agua natural? .....	1	2	¿Jugo? .....	1	2	¿Leche en polvo ? .....	1	2	¿Leche de vaca o de cabra? .....	1	2	¿Algún otro líquido ? ...	1	2	(Especificar)			¿Algún alimento sólido o molido ? .....	1	2	
	SI	NO																									
¿Agua natural? .....	1	2																									
¿Jugo? .....	1	2																									
¿Leche en polvo ? .....	1	2																									
¿Leche de vaca o de cabra? .....	1	2																									
¿Algún otro líquido ? ...	1	2																									
(Especificar)																											
¿Algún alimento sólido o molido ? .....	1	2																									
417	VEA 416: DIO NO DIO LIQUIDOS LIQUIDOS [ ] [ ]   (PASE A 419) V																										
418	¿Algunos de estos alimentos fueron dados en una mamadera?	SI ..... 1 NO ..... 2																									



419 ESTE CUADRO DEBE SER EXACTAMENTE IGUAL AL ANTERIOR. TRANSCRIBAN EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS SOLO PARA LOS ACTUALMENTE VIVOS, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO NACIDO VIVO.

PREGUNTAS ( FILIOS )	ÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> →	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> → (PAGE A 429)																																																																																																																																																																												
420 ¿Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle enfermedades?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE A 422A) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE A 422A) <.....>																																																																																																																																																																												
421 ¿Llene la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)? SI RESPONDE "SI" ¿La puedo ver por favor?	SI VISTO ..... 1 SI NO VISTO ..... 2 SIN TARJETA ..... 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO ..... 1 SI NO VISTO ..... 2 SIN TARJETA ..... 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO ..... 1 SI NO VISTO ..... 2 SIN TARJETA ..... 3 (PAGE A 422A) <.....>	SI VISTO ..... 1 SI NO VISTO ..... 2 SIN TARJETA ..... 3 (PAGE A 422A) <.....>																																																																																																																																																																												
422 ANOTE LAS FECHAS DE VACUNACIONES DE LA TARJETA DE SALUD	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	NO																																					<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	NO																																									<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	NO																																									<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	NO																																								
DIA	MES	AÑO	NO																																																																																																																																																																													
DIA	MES	AÑO	NO																																																																																																																																																																													
DIA	MES	AÑO	NO																																																																																																																																																																													
DIA	MES	AÑO	NO																																																																																																																																																																													
422a (NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 24 horas?	SI ..... 1 (PAGE A 424) <.....> NO ..... 2	SI ..... 1 (PAGE A 424) <.....> NO ..... 2	SI ..... 1 (PAGE A 424) <.....> NO ..... 2	SI ..... 1 (PAGE A 424) <.....> NO ..... 2																																																																																																																																																																												
423 (NOMBRE) tuvo diarrea en los últimos 15 días?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PAGE A 429) <.....>																																																																																																																																																																												
424 ¿Llevó a (NOMBRE) a un médico a un hospital o clínica, para que le curen la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PRESENTE ¿Dónde lo (la) llevó?	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO ..... 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO ..... 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO ..... 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO ..... 4																																																																																																																																																																												
425 ¿Un u otra persona hicieron algo para tratar la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PRESENTE ¿Qué hizo (hicieron)?	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA ..... 1 OTRO (Especificar) ..... 1 NADA ..... 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA ..... 1 OTRO (Especificar) ..... 1 NADA ..... 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA ..... 1 OTRO (Especificar) ..... 1 NADA ..... 1 (PAGE A 426) <.....>	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA ..... 1 OTRO (Especificar) ..... 1 NADA ..... 1 (PAGE A 426) <.....>																																																																																																																																																																												
425a ¿Qué remedio o qué cosa le dio? INDIQUE ¿Le dio algo más?	TEXTUAL ..... ..... ..... .....	TEXTUAL ..... ..... ..... .....	TEXTUAL ..... ..... ..... .....	TEXTUAL ..... ..... ..... .....																																																																																																																																																																												
426 ¿Alguié (siquis) dándole alimentos cuando ha estado con diarrea?	SI ..... 1 NO ..... 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 (SIGTE. COL.) <.....>	SI ..... 1 NO ..... 2 (PAGE A 429) <.....>																																																																																																																																																																												
427 ¿(SOLO ÚLTIMO HV) VEA 407? TODAVIA LACTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> → (SIGTE. COL.)																																																																																																																																																																																
428 ¿Alguié (siquis) dándole de lactar cuando ha estado con diarrea?	SI ..... 1 NO ..... 2 (SIGTE. COL.) <.....>																																																																																																																																																																															

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CÓDIGOS	PASE A PSTA.
429	VEA 425 :  MENCIONO BOLSITA      OTROS  <div data-bbox="454 421 494 454" style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 15px; display: inline-block;"></div> <div data-bbox="699 421 738 454" style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 15px; display: inline-block;"></div> (PASE A 431)        V		
430	¿Ha oído hablar de la bolsita salvadora para los niños que tienen diarrea?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 502	
431	¿Ha oído de algún problema en el uso de la bolsita salvadora? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuáles?	TEXTUAL ..... ..... <div data-bbox="1169 741 1273 797" style="border: 1px solid black; width: 65px; height: 25px; display: inline-block;"></div> NINGUNO ..... 97	

SECCION 5. ESTADO CONYUGAL

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS		PASE A PSTA.
502	¿Ha estado Ud. casada o conviviendo alguna vez?	SI .....	1	
		NO .....	2	→519A
503	¿Actualmente es Ud. conviviente, casada, viuda, divorciada o separada?	CONVIVIENTE .....	1	
		CASADA .....	2	
		VIUDA .....	3	
		DIVORCIADA .....	4	
		SEPARADA .....	5	
508	¿Ha convivido o se ha casado más de una vez?	UNA SOLA VEZ .....	1	
		MAS DE UNA VEZ .....	2	
509	¿En qué mes y año comenzó a vivir junto a su [primer] esposo (conviviente)?	MES .....	<input type="text"/>	
		NO SABE MES .....	98	
		AÑO .....	<input type="text"/>	
		NO SABE AÑO .....	98	
510	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD .....	<input type="text"/>	
511	¿Están vivos el padre y la madre de Ud.?	SI NO PADRE .....	1 2	
		MADRE .....	1 2	
512	¿Están vivos el padre y la madre de su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO NO SABE PADRE .....	1 2 8	
		MADRE .....	1 2 8	
513	VEA 511 Y 512 : NO TODOS VIVEN TODOS VIVEN O NO SABE <input type="text"/> <input type="text"/> V (PASE A 516)			
514	¿Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. empezó a vivir junto a su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO PADRE DE MUJER .....	1 2	
		MADRE DE MUJER .....	1 2	
		PADRE (PRIMER) ESPOSO ..	1 2	
		MADRE (PRIMER) ESPOSO ..	1 2	
515	VEA 514 Y MARQUE ALGUN PADRE VIVO NINGUN PADRE AL UNIRSE VIVO AL UNIRSE <input type="text"/> <input type="text"/> V (PASE A 519)			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A P6TA.
516	Quando Ud. y su [primer] esposo (con- viviente) empezaron a vivir juntos ¿vivieron con alguno de sus padres o suegros, por lo menos durante seis meses?	SI ..... 1 NO ..... 2	→518
517	¿Por cuántos años más o menos vivie- ron junto con sus padres o suegros en ese tiempo?	AÑOS ..... HASTA EL PRESENTE ..... 97	→519
518	Actualmente ¿está(n) viviendo con alguno de sus padres o padres de su marido (actual)?	SI ..... 1 NO ..... 2	
519	¿En cuántos pueblos o ciudades dife- rentes ha vivido Ud. desde que se casó (convivió) (por primera vez)?	NUMERO DE LOCALIDADES ..... [ ] [ ]	→521
519A	Ahora quisiera hablarle con más de- talle acerca de su vida sexual a fin de entender mejor la planificación familiar y la reproducción humana. VEA 211 , 225 Y 308  ALGUNA VEZ O ACTUAL- NUNCA MENTE EMBARAZADA EMBARAZADA [ ] [ ] (PASE A 521)  NUNCA USO USO METODO METODO [ ] [ ] (PASE A 521)		
520	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2	→528
521	¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD ..... [ ] [ ]	
522	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI ..... 1 NO ..... 2	→528
523	¿Cuántas veces?	VECES ..... [ ] [ ]	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
525	<p>VEA : 225, 314, 316, 230</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p> <p>USANDO <input type="checkbox"/> NO USANDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p> <p>YA NO MENSTRUA O NUNCA MENSTRUO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 528)</p>		
526	Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas ¿Se sentiría contenta, no le importaría o se sentiría infeliz?	<p>CONTENTA ..... 1</p> <p>NO LE IMPORTARIA..... 2</p> <p>INFELIZ ..... 3</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	→528
527	¿Cuál es la razón principal por la cual no está usando un método para evitar quedar embarazada?	<p>SEXO INFRECUENTE ..... 1</p> <p>ABSTINENCIA, POST-PARTO LACTANCIA ..... 2</p> <p>MENOPAUSIA/SUBFERTIL ..... 3</p> <p>DESCONOCIMIENTO DE FUENTE DE ABASTECIMIENTO ..... 4</p> <p>ACCESO DIFICIL A METODOS ..... 5</p> <p>MOTIVOS RELIGIOSOS ..... 6</p> <p>ESPOSO SE OPONE ..... 7</p> <p>PREOCUPACION POR SALUD ..... 8</p> <p>FATALISTA ..... 9</p> <p>CONTRARIA A PLANIFI.FAMILIAR .. 10</p> <p>COSTO ..... 11</p> <p>OTRO ..... 12</p> <p>(Especificar)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	
528	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	<p>SI NO</p> <p>NIÑOS MENORES DE 10 ... 1 2</p> <p>ESPOSO O CONVIVIENTE .. 1 2</p> <p>OTROS HOMBRES ..... 1 2</p> <p>OTRAS MUJERES ..... 1 2</p>	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
602	<p>VEA : 304 Y 503</p> <p>MARIDO MUJER OTROS ESTERILIZADO ESTERILIZADA CASOS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 610) (PASE A 608)</p> <p>ACTUALMENTE CASADA OTROS O CONVIVIENTE ESTADOS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 614)</p>		
603	<p>Ahora quisiera hacerle algunas pre- guntas sobre el futuro. VEA 225.</p> <p>NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quisiera tener un [otro] hijo o preferiria no tener [más] hijos?</p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Después del hijo que está esperan- do, quisiera tener otro hijo o pre- feriria no tener más hijos?</p>	<p>QUIERE HIJO ..... 1 -&gt;606</p> <p>NO QUIERE MAS HIJOS ..... 2</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL) ..... 3 -&gt;614</p> <p>INDECISA O NO SABE ..... 8 -&gt;605</p>	
604	<p>¿Entonces ud. diria que está segura de no querer tener [más] hijos, o no está segura?</p>	<p>DEFINITIVAMENTE NO MAS ..... 1   &gt;614</p> <p>NO ESTA SEGURA ..... 2</p>	
605	<p>¿Ud. se inclina más hacia tener un [otro] hijo o hacia no tener un [otro] hijo?</p>	<p>TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 -&gt;607</p> <p>NO TENER UN (OTRO) HIJO..... 2   &gt;614</p> <p>INDECISA ..... 8</p>	
606	<p>¿Entonces ud. diria que está segura de querer tener [otro] hijo, o no está segura?</p>	<p>DEFINITIVAMENTE MAS ..... 1</p> <p>NO ESTA SEGURA ..... 2</p>	
607	<p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un [otro] hijo?</p>	<p>MESES ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   &gt;614</p> <p>AÑOS ..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NO SABE ..... 998</p>	
607A	<p>VEA : 204, 206 y 225</p> <p>ALGUN HIJO SOBRE- NINGUN HIJO SO- VIVIENTE Y NO EM- BREVIIVIENTE O BARAZADA ACTUALMEN- ACTUALMENTE EM- TE BARAZADA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASE A 614)</p>		
607B	<p>De quedar embarazada otra vez ¿Que edad (cuantos años) le gustaria que tuviera en ese momento su hijo menor?</p>	<p>AÑOS DE EDAD ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   &gt;614</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PSTA.
608	¿Su último hijo nació por operación cesárea?	SI ..... 1 NO ..... 2 SIN HIJOS ..... 3	>610
609	La operación para no tener más hijos ¿Se la hicieron al mismo tiempo que la cesárea?	SI ..... 1 NO ..... 2	
610	¿Ud. lamenta que [su esposo] haya sido operado [operado] para no tener más hijos.?	SI ..... 1 NO ..... 2	>614
611	¿Por qué lo lamenta?	QUISIERA OTRO HIJO ..... 1 FALTA DE SEXUALIDAD ..... 2 PROBLEMAS DE SALUD ..... 3 OTRO ..... 4 (Especificar)	
614	VEA 211: [ ] SIN HIJOS [ ] Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? TIENE HIJOS [ ] Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿cuántos serían? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO ..... [ ] RANGO : ENTRE ..... Y ..... OTRA RESPUESTA ..... (Especificar)	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PAGE A PGTA.
702	<p>VEA 502 Y MARQUE :</p> <p>ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SOLTERA</p> <p><input type="checkbox"/> (PAGE A 716)</p> <p>PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O CONVI- VIENTE ACTUAL O ULTIMO.</p>		
703	<p>Ahora me gustaria hacerle unas pre- guntas sobre su actual (ultimo) esposo (conviviente)</p> <p>¿Alguna vez su esposo (conviviente) asistió a la escuela?</p>	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>706</p>
704	<p>¿Cuál es el último año de estudios que él aprobó?</p>	<p>TRANSICION ..... <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMARIA ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>SECUNDARIA ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>SUPERIOR ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	<p>707</p>
706	<p>¿Puede (podia) él leer una carta o periódico con facilidad, con di- ficultad o no puede (podia) hacerlo?</p>	<p>CON FACILIDAD ..... 1</p> <p>CON DIFICULTAD ..... 2</p> <p>NO PUEDE (PODIA) HACERLO ..... 3</p>	
707	<p>¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña (hó) principalmente él?</p> <p>INDAGUE: ¿Qué cosas hace (hacia), qué tareas realiza (ha) él princi- palmente en su trabajo?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA (BA) ..... 00</p>	<p>712</p>
708	<p>MARQUE :</p> <p>NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGRO- PECUARIAS</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJA (TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS</p> <p><input type="checkbox"/> (PAGE A 710)</p>		
709	<p>¿Gana (ganaba) él un sueldo o sala- rio regularmente?</p>	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	<p>712</p>
710	<p>¿Trabaja (trabajó) él principalmen- te, en sus propias tierras, en tie- rras de sus familiares, o en tierras de otros?</p>	<p>TIERRA SUYA O DE FAMILIARES .... 1</p> <p>TIERRA DE OTROS ..... 2</p>	<p>712</p>



Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
711	¿Trabaja [trabajó] él, principalmente por dinero o trabaja [trabajó] por una parte de las cosechas?	DINERO ..... 1 PARTE DE LAS COSECHAS ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO ..... 4	
712	Ahora quisiera que me contara sobre los trabajos que ud. ha tenido. Antes que se uniera con su (primer) esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó usted para ganar dinero?	SI ..... 1 NO ..... 2	→714
713	En esa época ¿la mayor parte de lo que ganaba fué para Ud. misma o lo daba a su familia?	ELLA MISMA ..... 1 SU FAMILIA ..... 2	
714	¿Después que se unió con su [primer] esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó Ud. para ganar dinero?	SI ..... 1 NO ..... 2	→718A
716	¿Alguna vez ha trabajado Ud. para ganar dinero ?	SI ..... 1 NO ..... 2	→718C
717	¿De lo que ha ganado, la mayor parte ha sido para usted misma o para su familia?	ELLA MISMA ..... 1 SU FAMILIA ..... 2	
718A	Ahora hablaremos sobre su trabajo actual: En los últimos 7 días, ¿trabajó Ud?	SI ..... 1 NO ..... 2	→719
718B	En los últimos 7 días aunque Ud. no trabajó ¿tenía trabajo? INDAGUE : ¿No trabajó porque estaba Ud. de vacaciones, de licencia por enfermedad o maternidad, o por alguna otra razón?	SI ..... 1 NO ..... 2	→719
718C	¿Iuvo Ud. algún cachuelo en los últimos 7 días?	SI ..... 1 NO ..... 2	→719
718D	En los últimos 7 días, ¿trabajó o ayudó Ud. en un negocio propio o de un familiar? PARA AREA RURAL: En los últimos 7 días, ¿trabajó o ayudó Ud. en una chacra o granja propia o de un familiar?	SI ..... 1 NO ..... 2	→724

A			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	IPASE A IPBTA.
719	Por el trabajo que Ud. realiza ¿Le pagan en dinero, en especies, en dinero y en especies, o no le pagan?	EN DINERO ..... 1 EN ESPECIES ..... 2 EN DINERO Y EN ESPECIES ..... 3 SIN PAGO ..... 4	
720	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña Ud.?  INDAGUE: ¿Qué cosas hace, qué tareas realiza Ud. principalmente en su trabajo?	..... <input type="text"/> .....	
721	En su ocupación Ud. es .....  LEA LAS ALTERNATIVAS	¿Trabajadora por cuenta propia? ..... 1 ¿Patrona o empleadora? ..... 2 ¿Empleada del gobierno? ..... 3 -->723 ¿Empleada particular? ..... 4 ¿Obrera? ..... 5 ¿Empleada del hogar? ..... 6 -->723 ¿Trabajadora familiar? ..... 7	
722	¿A qué se dedica principalmente la empresa, institución o negocio en el que Ud. realiza su trabajo?	..... <input type="text"/> .....	
723	¿Cuántas horas a la semana trabaja Ud. generalmente?	HORAS ..... <input type="text"/> 90 O MAS HORAS ..... 90	-->725
724	Ud. no trabajó durante la semana pasada, pero ¿trabajó durante los últimos 12 meses?	SI ..... 1 NO ..... 2	
725	ANOTE LA HORA DE TERMINO	HORA ..... <input type="text"/> MINUTOS ..... <input type="text"/>	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

A

RESPECTO A LA PERSONA ENTREVISTADA : -----

-----  
-----  
-----

RESPECTO A LAS PREUNTAS : -----

-----  
-----  
-----

OTROS ASPECTOS : -----

-----  
-----  
-----  
-----

=====

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

=====

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA DE DATOS

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

=====