



SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA.	HORAS..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera 12 años ¿donde vivió la mayor parte del tiempo: en una ciudad, en un pueblo o en el campo?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3	
103	En qué mes y año nació usted?	MES..... NO SABE MES.....98 AÑO..... NO SABE AÑO.....98	
104	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI HAY INCONSISTENCIA.	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
105	¿Alguna vez asistió Ud. a la escuela?	SI.....1 NO.....2	109
107	¿Cuál es el último año o grado de estudios que aprobó? PARA 6 O MAS AÑOS/GRADOS DE ESTUDIO ANOTE 6	NINGUN NIVEL, INICIAL O PRE-ESCOLAR.....0 PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..3 SUPERIOR UNIVERSITARIA.....4	110
109	¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o no puede hacerlo?	CON FACILIDAD.....1 CON DIFICULTAD.....2 NO PUEDE HACERLO.....3	111
110	¿Lee habitualmente algún periódico o revista al menos una vez por semana?	SI.....1 NO.....2	
111	¿Escucha generalmente la radio por lo menos una vez por semana?	SI.....1 NO.....2	
112	¿Mira generalmente televisión al menos una vez por semana?	SI.....1 NO.....2	
113	¿Cuál es su Religión?	NO TIENE.....1 CATOLICA.....2 EVANGELISTA.....3 OTRA.....4 (Especifique)	
114	¿Que Idioma o Dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO.....1 QUECHUA.....2 AYMARA.....3 OTRA LENGUA ABORIGEN.....4 IDIOMA EXTRANJERO.....5	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
115	VEA LA PREGUNTA 4 EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR  LA MUJER ENTREVISTADA NO ES RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/> ↓ LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/>	LA MUJER ENTREVISTADA ES RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/>	127
116	Ahora me gustaría preguntarle acerca del sitio en el cuál usted vive habitualmente. ¿Vive habitualmente en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SI VIVE EN LA CIUDAD: ¿Es ciudad grande o pequeña? "CIUDADES GRANDES" SON CAPITALES Y/O SITIOS CON UNA POBLACION MAYOR DE CIEN MIL HABITANTES; "CIUDADES PEQUEÑAS", SON SITIOS CON UNA POBLACION ENTRE DIEZ Y CIEN MIL HABITANTES.	LIMA METROPOLITANA.....1 CIUDAD GRANDE.....2 CIUDAD PEQUEÑA.....3 PUEBLO.....4 CAMPO.....5	
117	¿En qué provincia está localizado el lugar donde vive?  SI ES EN EL EXTRANJERO ANOTE "96" EN DPTO. Y "00" EN PROV.	DPTO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROV..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
118	Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el hogar en el cual usted vive habitualmente,  ¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar, para lavarse las manos y lavar los platos?	RED PUBLICA AGUA DE TUBERIA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 → 120 AGUA DE TUBERIA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO.....12 PILON PUBLICO/GRIFO PUBLICO..13 AGUA DE POZO POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE...21 → 120 POZO PUBLICO.....22 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL (PUQUIO).....31 RIO/ACEQUIA.....32 AGUA DE LLUVIA.....41 → 120 CAMION-TANQUE-AGUATERO.....51  OTRO _____ 61 (Especifique)	
119	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 90 O MAS MINUTOS.....90 EN EL SITIO.....00	
120	El agua que utilizan para tomar en su hogar ¿la consiguen de la misma fuente?	SI.....1 → 122 NO.....2	
121	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que los miembros de su hogar utilizan para tomar?	RED PUBLICA AGUA DE TUBERIA DENTRO DE LA VIVIENDA.....11 AGUA DE TUBERIA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO.....12 PILON PUBLICO/GRIFO PUBLICO..13 AGUA DE POZO POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE...21 POZO PUBLICO.....22 AGUA DE SUPERFICIE MANANTIAL (PUQUIO).....31 RIO/ACEQUIA.....32 AGUA DE LLUVIA.....41 CAMION-TANQUE-AGUATERO.....51  OTRO _____ 61 (Especifique)	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
122	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su vivienda? ¿Es de uso exclusivo o común?	INODORO CONECTADO A RED PUBLICA EXCLUSIVO.....11 COMUN.....12 BOTADERO CONECTADO A RED PUBLICA EXCLUSIVO.....21 COMUN.....22 LETRINA O EXCUSADO EXCLUSIVO.....31 COMUN.....32 NO HAY SERVICIO/MATORRAL/CAMPO.41  OTRO _____ 51 (Especifique)	
123	¿Tiene en su hogar?  ¿Electricidad? ¿Radio? ¿Televisor? ¿Refrigeradora?	SI NO  ELECTRICIDAD.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISOR.....1 2 REFRIGERADORA.....1 2	
125	¿Cuál es el material predominante del piso de su vivienda?	PISO NATURAL TIERRA/ARENA.....11 PISO RUSTICO MADERA (ENTABLADOS).....21 PISO ACABADO PARQUET O MADERA PULIDA.....31 LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS O SIMILARES.....32 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES..33 CEMENTO/LADRILLO.....34  OTRO _____ 41 (Especifique)	
126	¿Algún miembro de su hogar tiene:  bicicleta? motocicleta? carro?  Otro medio de transporte (peque-peque, caballo,etc.)?	SI NO  BICICLETA.....1 2 MOTOCICLETA.....1 2 CARRO.....1 2  OTRO _____ 1 2 (Especifique)	
127	¿Tiene acceso al Seguro Social (IPSS)?	SI.....1 NO.....2	130
128	¿Quién es el titular del carnet?	ENTREVISTADA.....1 CONYUGE.....2 OTRA PERSONA.....3	130
129	¿Está al día en su pago?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
130	¿Tiene acceso a algún plan, o seguro privado de salud (que no sea el IPSS)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....3	201
131	¿Quién lo paga?	EL TITULAR (ALGUNA PERSONA DEL HOGAR).....1 LA EMPRESA.....2 AMBOS (1 Y 2).....3 NO SABE.....4	

SECCION 2. REPRODUCCION

SECCION 2A: NUMERO TOTAL DE HIJOS E HIJAS QUE LA MUJER HA DADO A LUZ

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. haya tenido durante toda su vida; me refiero sólo a los hijos que usted ha dado a luz y no a los hijos adoptados o criados por usted. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI.....1 NO.....2	206
202	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con usted?	SI.....1 NO.....2	204
203	¿Cuántas hijas mujeres viven con usted? ¿Cuántos hijos varones viven con usted? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJAS EN CASA..... HIJOS EN CASA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI.....1 NO.....2	206
205	¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.? ¿Cuántos hijos varones no viven con Ud.? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJAS FUERA..... HIJOS FUERA.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? INDAGUE: ¿Algún [otro] hijo o hija que nació vivo pero que solo vivió algunos minutos, horas o días?	SI.....1 NO.....2	208
207	¿Cuántas hijas mujeres han muerto? ¿Cuántos hijos varones han muerto? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJAS MUERTAS..... HIJOS MUERTOS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS SI "NINGUNO" ANOTE 00	TOTAL.....	<input type="text"/>
209	VEA 208:  Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. ha tenido en total _____ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto?		
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		(VEA Y CORRIJA 201 A 208)	
210	VEA 208: MARQUE LA CASILLA APROPIADA  UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/>		225

SECCION 2B: INFORMACION REFERIDA A CADA UNO DE LOS HIJOS TENIDOS POR LA MUJER. DETERMINACION DEL NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS ANTES Y DESPUES DE ENERO DE 1986, Y REGISTRO DE LA INFORMACION EN EL CALENDARIO.

211 Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Especemos por el primero que tuvo.

(ANOTE EN 212 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS COMENZANDO POR EL PRIMERO Y LUEGO PREGUNTE 213 A 220 SEGUN CORRESPONDA)

212	213	214	215	216	SI ESTA VIVO		219	220
¿Cuál es el nombre de su [primer,segundo,tercer,etc.] hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	¿(NOMBRE) está vivo(a)?	217 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE UN AÑO	218 ¿(NOMBRE) está viviendo con Ud.?	SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD: ¿(NOMBRE) con quién vive? SI TIENE 15 AÑOS O MAS PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO.	SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI MENOS DE 1 MES; MESES SI DE 1 MES A MENOS DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS
01 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
02 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
03 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
04 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
05 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
06 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
07 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
08 (NOMBRE)	UNO...1 MULT...2	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 v 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3

212 ¿Cuál es el nombre de su [primer,segundo,tercer,etc.] hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	214 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	216 ¿(NOMBRE) está vivo(a)?	SI ESTA VIVO 217 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE UN AÑO	218 ¿(NOMBRE) está viviendo con Ud.?	219 SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD: ¿(NOMBRE) con quién vive? SI TIENE 15 AÑOS O MAS PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO.	220 SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI MENOS DE 1 MES; MESES SI DE 1 MES A MENOS DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS
---	--	-------------------------------------	--	--------------------------------	---	---	--	---

09	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
10	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
11	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
12	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
13	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3
14	UNO....1 MULT...2 (NOMBRE)	HOMBRE.1 MUJER..2	MES.... AÑO....	SI....1 NO....2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO HIJO) NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 OTRO.....3 Especifique (PASE AL PROXIMO HIJO)	DIAS....1 MESES...2 AÑOS...3

221 | MARQUE "X" SI SE USAN HOJAS ADICIONALES

COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS ANOTADOS EN 212 Y MARQUE:

NUMERO ES EL MISMO  NUMERO ES DIFERENTE  (INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIA)

COTEJE:

- PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTO EL AÑO DE NACIDO (215)
- PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (217)
- PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (220)
- SI LA EDAD AL MORIR ES 12 MESES: TRATE DE DETERMINAR EL NUMERO EXACTO DE MESES (220)

222 | VEA 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1986.

SI NO HAY NINGUNO ANOTE "0" Y PASE A 224

223 | POR CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986 ANOTE UNA "M" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES. ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "M".

224 | AL FINAL DEL CALENDARIO, ANOTE EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1986, SI SE APLICA.

SECCION 2C: PREGUNTAS ACERCA DEL EMBARAZO Y EL PARTO, Y DE LA MENSTRUACION.

PASE

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	A
225	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	228
226	¿En que mes de embarazo está? ANOTE "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA.	MESES..... <input type="text"/>	
227	Cuando Ud. quedó embarazada, ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería quedar embarazada?	ENTONCES .....1 MAS TIEMPO.....2 NO QUERIA.....3	
228	¿Ha tenido alguna vez un embarazo en el cual tuvo pérdida, abortó o terminó con un nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	234
229	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
230	VEA 229: FECHA TERMINO ULTIMA PERDIDA (ABORTO O NACIDO MUERTO) DESDE ENERO 1986 <input type="text"/>	ANTES DE ENERO 1986 <input type="text"/>	234
231	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó? ANOTE "M" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO.	MESES..... <input type="text"/>	
232	¿Tuvo alguna vez otro embarazo en el cual tuvo pérdida, abortó o terminó con un nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	234
232A	¿Cuántos de estos embarazos ha tenido?	NUMERO DE EMBARAZOS..... <input type="text"/>	
233	PREGUNTE POR FECHAS Y DURACION DE ALGUN OTRO EMBARAZO REGRESANDO HASTA ENERO DE 1986. ANOTE UNA "T" EN AL COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES.		
234	¿Cuándo empezó su última regla o menstruación? INDAQUE, CUALES SON LOS DIAS EN QUE LA MUJER DEBE CUIDARSE PARA NO QUEDAR EMBARAZADA	HACE DIAS.....1 <input type="text"/> SEMANAS .....2 <input type="text"/> MESES .....3 <input type="text"/> YA NO MENSTRU.....994 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO.....995 NUNCA MENSTRUO.....996	
235	Entre una regla y otra, ¿hay días en los cuáles una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	301
236	¿Cuáles cree Ud. que son los días entre una regla y otra en que la mujer puede quedar más fácilmente embarazada? INDAQUE, CUALES SON LOS DIAS 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 DE LA REGLA.....6 OTRO _____ 7 (Especifique) NO SABE.....8	

SECCION 3: CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

301 Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha escuchado hablar?  
 CIRCULE EL CODIGO 1 EN 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.  
 PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 302. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.  
 LUEGO PREGUNTE 303 Y 304 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

	302 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	303 ¿Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)?	304 ¿Sabe usted dónde podría ir una persona si quisiera usar (METODO)?	304A VEA 303 PARA CADA METODO USADO PREGUNTE ¿Tuvo alguna molestia con (METODO)?
01] PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
02] DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo o una T de cobre, por un médico o una enfermera.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
03] INYECCION ANTICONCEPTIVA Las mujeres pueden hacerse aplicar una inyección para evitar quedar embarazadas por varios meses.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
04] METODOS VAGINALES:ESPUMA,JALEA, DIAFRAGMA Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas, cremas, óvulos o diafragma, antes de tener relaciones sexuales.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
05] CONDON O PRESERVATIVO Los hombres pueden usar un preservativo (jebe, condón) durante las relaciones sexuales	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
06] ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	¿Se ha hecho usted la operación para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
07] ESTERILIZACION MASCULINA Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	¿A su esposo/pareja le han operado para evitar tener más hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
08] ABSTINENCIA PERIODICA,RITMO Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales durante los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de quedar embarazada.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	¿Sabe donde se puede pedir consejo sobre el método del ritmo? SI.....1 NO.....2	SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
09] RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	SI/ESPONT....1 SI/RECONOC...2 NO.....3	SI.....1 NO.....2		SI TUVO.....1 Cuáles..... NO TUVO.....2
10] OTROS METODOS 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? 1 _____ (ESPECIFIQUE) 2 _____ (ESPECIFIQUE) 3 _____ (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONT....1 NO.....3	SI.....1 NO.....2  SI.....1 NO.....2  SI.....1 NO.....2		

305 VEA 303

POR LO MENOS UN "SI"  
(HA USADO ALGUN METODO)  → 309

NI UN SOLO "SI"  
(NUNCA HA USADO METODO)  → 306

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
306	¿Alguna vez usted ha tratado de postergar o evitar salir embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	308
307	ANOTE "00" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA CADA MES EN BLANCO		339
308	¿Qué ha usado o qué ha hecho Usted? SI MENCIONA ALGUN METODO, CORRIJA 303-305 (y 302 si es necesario).		
309	¿Cuál fue el primer método que usó Usted para no quedar embarazada?	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 VAGINALES (ESPUMA, JALEA, OVULOS, TABLETAS, DIAFRAGMA)....04 PRESERVATIVO/CONDON.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 ABSTINENCIA PERIODICA POR CALENDARIO.....08 ABSTINENCIA PERIODICA POR MOCO CERVICAL.....09 ABSTINENCIA PERIODICA POR TEMPERATURA/CINTOTERMICA.....10 RETIRO.....12 OTRO _____ 13 (Especifique)	311
310	¿Dónde consiguió Ud. este método la primera vez?	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO....03 PROMOTORA DE SALUD DEL MINIST..04 HOSPITAL DEL IPSS.....05 POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.06 CLINICA DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....07 POSTA COMUN.DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....08 PROMOTORAS DE OPV.....09 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..10 HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.....11 FARMACIA.....12 TIENDA.....13 IGLESIA.....14 AMIGOS/PARIENTES.....15 OTRO _____ 16 (Especifique) NO SABE.....98	
311	¿Cuántos hijos vivos tenía Ud. cuando comenzó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS .....	
312	VEA 225 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		331
313	VEA 303 ELLA NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		315A
314	¿Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2	331

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
315	¿Qué método está usando?	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCION.....03 VAGINALES (ESPUMA, JALEA, OVULOS, TABLETAS, DIAFRAGMA).....04 CONDON/PRESERVATIVO.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 ABSTINENCIA PERIODICA POR CALENDARIO.....08 ABSTINENCIA PERIODICA POR MOCO CERVICAL.....09 ABSTINENCIA PERIODICA POR TEMPERATURA/CINTOTERMICA.....10 RETIRO.....12 OTRO _____ 13 (Especifique)	321B 323 321 326
315A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE "06"		
316	Cuando usted comenzó a usar la píldora ¿con quién consultó?	MEDICO.....01 OBSTETRIZ.....02 ENFERMERA.....03 SANITARIO.....04 PROMOTOR DE SALUD/ DISTRIBUIDOR COMUNITARIO.....05 FARMACEUTICO.....06 FAMILIAR O AMIGO.....07 NO CONSULTO.....08 OTRO _____ 09 (Especifique)	
317	La última vez que consiguió la píldora ¿con quién consultó?	MEDICO.....01 OBSTETRIZ.....02 ENFERMERA.....03 SANITARIO.....04 PROMOTOR DE SALUD/ DISTRIBUIDOR COMUNITARIO.....05 FARMACEUTICO.....06 FAMILIAR O AMIGO.....07 NO CONSULTO.....08 OTRO _____ 09 (Especifique)	
319	¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente?  (ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/>  NO SABE.....98	
320	¿Cuánto le cuesta una caja de píldoras?	COSTO (EN S/.) ..... <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS.....996 NO SABE.....998	323
321	¿En qué mes y año le hicieron a Ud. (a su esposo) la operación para no tener más hijos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
321A	VEA 315: SI LA RESPUESTA ES ESTERILIZACION MASCULINA PASE A 322		
321B	¿Recibió Ud. (el DIU)(la operación) inmediatamente después del nacimiento de su último hijo, antes de que le den de alta?	SI.....1 NO.....2	
321C	SI ES USUARIA DEL DIU, PASE A 323. SI ES USUARIA DE ESTERILIZACION FEMENINA SIGA CON 322.		
322	ENTRADA DE ESTERILIZACION EN EL CALENDARIO: VEA 321 Y ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION (6 ó 7) EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA AL MES DE LA ENTREVISTA Y A LOS MESES ANTERIORES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION, O HASTA ENERO DE 1986, SI LA OPERACION TUVO LUGAR ANTES DE 1986.		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
323	<p>VEA 315</p> <p>ELLA O EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>USANDO OTRO METODO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Dónde se realizó la operación?</p> <p>¿Dónde obtuvo el (METODO) la última vez?</p> <p>(NOMBRE DEL LUGAR)</p>	<p>HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....01</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..02</p> <p>POSTA MEDICA DEL MINISTERIO....03</p> <p>PROMOTORA DE SALUD DEL MINIST..04 → 325A</p> <p>HOSPITAL DEL IPSS.....05</p> <p>POLICLI./CENTRO/POSTA MED.IPSS..06</p> <p>CLINICA DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....07</p> <p>POSTA COMUN.DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....08</p> <p>PROMOTORAS DE OPV.....09 → 325A</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..10</p> <p>HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.....11</p> <p>FARMACIA.....12</p> <p>TIENDA.....13</p> <p>IGLESIA.....14</p> <p>AMIGOS/PARIENTES.....15</p> <p>OTRO _____ 16</p> <p>(Especifique)</p> <p>NO SABE.....98</p>	
324	<p>¿Cuánto tiempo le toma ir de su casa (o desde los lugares que Ud. habitualmente frecuenta) a ese sitio?</p> <p>SI ES MENOS DE 90 MINUTOS, ESCRIBA MINUTOS.</p> <p>SI ES 90 O MAS, ESCRIBA HORAS.</p>	<p>MINUTOS.....1 <input type="text"/></p> <p>HORAS.....2 <input type="text"/></p> <p>NO SABE.....998</p>	
325	<p>¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?</p>	<p>FACIL.....1</p> <p>DIFICIL.....2</p>	
<b>325A VEA 315, SI USA PILDORA, INYECCIONES, VAGINALES O PRESERVATIVO, PREGUNTAR 325B, SI NO PASE A 326</b>			
325B	<p>¿Además del lugar donde obtuvo (METODO) la última vez, ha recurrido durante el último año a otros lugares para conseguir el mismo método?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2 → 326</p>	
325C	<p>¿Cuáles son esos lugares?</p>	<p>HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..B</p> <p>POSTA MEDICA DEL MINISTERIO.....C</p> <p>PROMOTORA DE SALUD DEL MINIST...D</p> <p>HOSPITAL DEL IPSS.....E</p> <p>POLICLI./CENTRO/POSTA MED.IPSS..F</p> <p>CLINICA DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....G</p> <p>POSTA COMUN.DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....H</p> <p>PROMOTORAS DE OPV.....I</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR...J</p> <p>HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.....K</p> <p>FARMACIA.....L</p> <p>TIENDA.....M</p> <p>IGLESIA.....N</p> <p>AMIGOS/PARIENTES.....O</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(Especifique)</p>	
326	<p>¿Por que razón decidió usar (EL METODO DE 315) en lugar de otro método de planificación familiar?</p>	<p>RECOMENDACION DE TRABAJADOR DE PLANIFICACION FAMILIAR....01</p> <p>RECOMENDACION DE AMIGO/FAMILIAR.....02</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS DE OTROS METODOS.....03</p> <p>CONVENIENCIA.....04</p> <p>ACCESO/DISPONIBILIDAD.....05</p> <p>COSTO.....06</p> <p>DESEABA METODO PERMANENTE.....07</p> <p>PREFERENCIA DEL MARIDO.....08</p> <p>DESEABA METODO MAS EFECTIVO....09</p> <p>RECOMENDACION MEDICA.....10</p> <p>OTRA RAZON _____ 11</p> <p>(Especifique)</p> <p>NO SABE.....98</p>	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
327	¿Ha tenido o tiene Ud. algún problema con el uso del (METODO ACTUAL)?	SI.....1 NO.....2	329
328	¿Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene actualmente?	TEMOR, OLVIDO.....01 OPOSICION DEL ESPOSO/PAREJA....02 EFECTOS COLATERALES.....03 PREOCUPACIONES DE SALUD.....04 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD...05 COSTO MUY ALTO.....06 INEFECTIVO.....07 IMPIDE EL PLACER SEXUAL.....08 ESTERILIZADA, QUIERE TENER MAS HIJOS.....09 OTRO _____ 10 (Especifique) NO SABE.....98	
329	VEA: 315 Y 321 METODO DIFERENTE AL DE ESTERILIZACION <input type="checkbox"/>	ESTERILIZADA(O) ANTES DE ENERO DE 1986  ESTERILIZADA(O) EN ALGUN MES DESDE ENERO DE 1986	<input type="checkbox"/> → 348 <input type="checkbox"/> → 331
330	ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ.		
	PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? - ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente el método?		
331	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los <u>otros periodos en los últimos años</u>, durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar que usted quede embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1986.</p> <p>USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, CONTINUE LLENANDO PARA CADA MES EL CODIGO DEL METODO ó "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2 ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES QUE CORRESPONDE AL ULTIMO MES DE USO.</p> <p>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.</p> <p>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE NO INTENCIONAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:            COLUMNA 1:            - ¿Cuándo fue la última vez que usó ese método? ¿Qué método era ese?            - ¿Cuándo comenzó a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)?            - ¿Cuánto tiempo usó entonces el método?</p> <p>COLUMNA 2:            - ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)?            - ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?</p> <p>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE:            "¿Cuántos meses esperó hasta quedar embarazada?"            Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</p>		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
332	<b>VEA EN EL CALENDARIO:</b> USO ALGUN METODO EN EL MES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/> NO USO NINGUN METODO EN EL MES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	334	
333	Me doy cuenta que estaba usando (METODO) en Enero de 1986. ¿Cuándo empezó a usar (METODO) en esa oportunidad? (ESTA FECHA NO PODRA SER UNA FECHA ANTERIOR A LA DEL ULTIMO NIÑO MACIDO ANTES DE ENERO DE 1986)	MES..... AÑO.....	338
334	Me doy cuenta que Ud. no estaba usando ningún método anticonceptivo en Enero de 1986. ¿Usó alguna vez algún método antes de esa fecha?	SI.....1 NO.....2	338
335	<b>VEA 215</b> TUVO HIJOS ANTES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/> NO TUVO HIJOS ANTES DE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	337	
336	¿Usó algún método entre el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO MACIDO ANTES DE ENERO DE 1986) y Enero de 1986?	SI.....1 NO.....2	338
337	¿Cuándo fue la última vez que dejó de usar un método antes de Enero de 1986?	MES..... AÑO.....	
338	<b>VEA 315</b> NO ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> ESTA ACTUALMENTE USANDO ABSTINENCIA PERIODICA, RETIRO U OTRO METODO TRADICIONAL <input type="checkbox"/> (PASE A 344) ESTA ACTUALMENTE USANDO METODO MODERNO <input type="checkbox"/>	348	
339	¿Tiene Ud. la intención de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	341 344
340	¿Cuál es la razón principal por la cuál no piensa usar ningún método?	QUIERE MAS NIÑOS.....01 FALTA DE INFORMACION.....02 OPOSICION DEL ESPOSO/PAREJA.....03 COSTO MUY ALTO.....04 EFECTOS COLATERALES.....05 PREOCUPACIONES DE SALUD.....06 DIFICIL CONSEGUIR LOS METODOS.....07 RELIGION.....08 OPUESTA A PLANIFICACION FAMIL.....09 FATALISTA.....10 OTRAS PERSONAS SE OPONEN.....11 RELACIONES SEXUALES NO FRECUEN.....12 DIFICULTAD PARA QUEDAR EMBARAZ.....13 MENOPAUSICA/TUVO OPERACION.....14 INCONVENIENTE.....15 NO CASADA.....16 OTRO.....17 (Especifique) NO SABE.....98	344
341	¿Piensa usar un método en los próximos doce meses?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
342	¿Cuándo use un método, qué método preferiría usar?	PILDORA.....01 DIU.....02 INYECCIONES.....03 VAGINALES (ESPUMA, JALEA, OVULOS, TABLETAS, DIAFRAGMA)....04 PRESERVATIVO/CONDON.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 ABSTINENCIA PERIODICA POR CALENDARIO.....08 ABSTINENCIA PERIODICA POR MOCO CERVICAL.....09 ABSTINENCIA PERIODICA POR TEMPERATURA/CINTOTERMICA.....10 RETIRO.....12 OTRO _____ 13 (Especifique)	344				
343	¿Dónde puede conseguir (METODO MENCIONADO EN 342)?	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO...03 PROMOTORA DE SALUD DEL MINIST..04 HOSPITAL DEL IPSS.....05 POLICLI./CENTRO/POSTA MED.IPSS.06 CLINICA DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....07 POSTA COMUN.DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....08 PROMOTORAS DE OPV.....09 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..10 HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.....11 FARMACIA.....12 TIENDA.....13 IGLESIA.....14 AMIGOS/PARIENTES.....15 OTRO _____ 16 (Especifique) NO SABE.....98	346 348 346 348 346 348 346 348				
344	¿Sabe de un sitio donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	348				
345	¿Dónde es?	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO...03 PROMOTORA DE SALUD DEL MINIST..04 HOSPITAL DEL IPSS.....05 POLICLI./CENTRO/POSTA MED.IPSS.06 CLINICA DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....07 POSTA COMUN.DE PLANIF.FAMILIAR DE OPV.....08 PROMOTORAS DE OPV.....09 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..10 HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.....11 FARMACIA.....12 TIENDA.....13 IGLESIA.....14 AMIGOS/PARIENTES.....15 OTRO _____ 16 (Especifique) NO SABE.....98	348 348 348				
346	¿Cuánto tiempo le toma ir de su casa (o desde los lugares que Ud. habitualmente frecuenta) a ese sitio? SI ES MENOS DE 90 MINUTOS, ESCRIBA MINUTOS SI ES MAS, ESCRIBA HORAS	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NO SABE.....998	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				
347	¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?	FACIL.....1 DIFICIL.....2					

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
348	¿En el último mes, ha escuchado en la radio algún mensaje sobre planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	348B
348A	¿En qué emisora?	NOMBRE DE LA EMISORA: <input data-bbox="1230 289 1295 338" type="text"/> NO RECUERDA.....98	
348B	¿En el último mes, ha visto o escuchado en la televisión algún mensaje sobre la planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	401
348C	¿En qué canal?	NUMERO DEL CANAL: <input data-bbox="1230 499 1295 548" type="text"/> NO RECUERDA.....98	

SECCION 4: SALUD MATERNO-INFANTIL

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	VEA 222 UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1986	<input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1986	<input type="checkbox"/>	(PASE A 444)
402	ANOTE EN EL RECUADRO EL NUMERO DE ORDEN (212), EL NOMBRE (212) Y EL ESTADO DE SUPERVIENCIA (216) DE CADA NACIMIENTO OCURRIDO DESDE ENERO DE 1986 COMENZANDO CON EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO . NAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS, SI HAY MAS DE TRES USE CUESTIONARIOS ADICIONALES. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más, acerca de la salud de los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. (Hablaemos por turno, sobre cada niño).				
	NUMERO DE ORDEN DE 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DE 212 Y DE 216	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO 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"/>	
403	Antes de quedar embarazada de (NOMBRE). ¿Quería Ud. tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos?	ENTONCES.....1 (PASE A 405)←	ENTONCES.....1 (PASE A 405)←	ENTONCES.....1 (PASE A 405)←	
		QUERIA ESPERAR.....2	QUERIA ESPERAR.....2	QUERIA ESPERAR.....2	
		NO QUERIA MAS HIJOS.....3 (PASE A 405)←	NO MAS HIJOS.....3 (PASE A 405)←	NO MAS HIJOS.....3 (PASE A 405)←	
404	¿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	
405	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) acudió a alguien para que le hiciera un control del embarazo? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿A quién acudió? ¿Acudió a alguien más? ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE ACUDIO.	MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ.....H (PASE A 409)←	MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ.....H (PASE A 409)←	MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ.....H (PASE A 409)←	
405A	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) dónde se controló? ANOTE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD..... B POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD..... C HOSPITAL DEL IPSS..... D CENTRO\POLIC\POSTA IPSS.. E CONSULTORIO,CLINICA PART. F OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ..... G (PASE A 409)←	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD..... B POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD..... C HOSPITAL DEL IPSS..... D CENTRO\POLIC\POSTA IPSS.. E CONSULTORIO,CLINICA PART. F OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ..... G (PASE A 409)←	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD..... B POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD..... C HOSPITAL DEL IPSS..... D CENTRO\POLIC\POSTA IPSS.. E CONSULTORIO,CLINICA PART. F OTRO _____ X (Especifique) NO SE CONTROLÓ..... G (PASE A 409)←	
406	¿Recibió una tarjeta de control cuando fue atendida en el embarazo de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	
407	¿Cuántos meses de embarazo de (NOMBRE) tenía Ud. cuando se hizo el primer control?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 408)	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 408)	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 408)	

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
ANOTE EL NOMBRE →	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
408	¿Cuántas veces se controló Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)? No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	No. DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98
409	¿Cuando estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron a Ud. una inyección en la nalga para prevenir al bebé contra el tétano o sea convulsiones después de nacido? SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8
410	¿Cuántas veces le pusieron a Ud. la inyección? 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
411	¿Dónde dió usted a luz a (NOMBRE)? HOSP.MINIST.SALUD..... .01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD.....03 HOSPITAL DEL IPSS.....04 CENTRO\POLIC\POSTA IPSS..05 CONSULTORIO,CLINICA PART.06 SU CASA.....07 OTRO _____ 08 (Especifique)	HOSP.MINIST.SALUD..... .01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD.....03 HOSPITAL DEL IPSS.....04 CENTRO\POLIC\POSTA IPSS..05 CONSULTORIO,CLINICA PART.06 SU CASA.....07 OTRO _____ 08 (Especifique)	HOSP.MINIST.SALUD..... .01 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....02 POSTA MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD.....03 HOSPITAL DEL IPSS.....04 CENTRO\POLIC\POSTA IPSS..05 CONSULTORIO,CLINICA PART.06 SU CASA.....07 OTRO _____ 08 (Especifique)
412	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguien más?  INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS CALIFICADAS. MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA/EMPIRICA/ COMADRONA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NADIE.....H	MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA/EMPIRICA/ COMADRONA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NADIE.....H	MEDICO.....A OBSTETRIZ.....B ENFERMERA.....C PARTERA/EMPIRICA/ COMADRONA.....D SANITARIO.....E PROMOTOR DE SALUD.....F FAMILIAR.....G OTRO _____ X (Especifique) NADIE.....H
413	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué a los nueve meses o antes de tiempo (prematuró, sietemesino)? A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8
414	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué por cesárea? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
415	Cuándo (NOMBRE) nació, ¿era él/ella..... muy grande, más grande que el promedio, de tamaño promedio, más pequeño que el promedio o muy pequeño? MUY GRANDE.....1 MAS GRANDE QUE EL PROMEDIO.....2 PROMEDIO.....3 MAS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 MAS GRANDE QUE EL PROMEDIO.....2 PROMEDIO.....3 MAS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8	MUY GRANDE.....1 MAS GRANDE QUE EL PROMEDIO.....2 PROMEDIO.....3 MAS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO.....4 MUY PEQUEÑO.....5 NO SABE.....8
416	¿Lo pesaron a (NOMBRE) en el momento de nacer? SI.....1 NO.....2 (PASE A 418)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 420)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 420)←
417	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? KILOGRAMOS.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 418)	KILOGRAMOS.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 420)←	KILOGRAMOS.... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (PASE A 420)←

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
ANOTE EL NOMBRE →	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
418	¿Le volvió su menstruación o regla después que nació (NOMBRE)? SI.....1 (PASE A 420)← NO.....2		
419	¿ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL MES DE NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL (O EMBARAZO ACTUAL).		
419A	PASE A 421		
420	¿Después del nacimiento de (NOMBRE) durante cuántos meses <u>no</u> tuvo su menstruación o regla? SI MENOS DE UN MES SIN MENSTRUACION ANOTE "0" EN LA COL. 3 EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.	ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO Y EN CADA UNO DE LOS MESES QUE NO TUVO MENSTRUACION.	
421	VEA 225: MUJER EMBARAZADA? NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 424)		
422	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI .....1 (PASE A 424)← NO.....2		
423	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES SIGUIENTE AL MES DE NACIMIENTO Y CADA UNO DE LOS MESES HASTA EL MES ACTUAL.		
423A	PASE A 425		
424	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) <u>no</u> tuvo relaciones sexuales? ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO EN LOS MESES QUE ESTUVO SIN TENER RELACIONES SEXUALES, COMENZANDO POR EL MES SIGUIENTE AL MES DEL NACIMIENTO. SI ESTUVO MENOS DE UN MES SIN TENER RELACIONES SEXUALES, ANOTE "0" EN LA COL.4 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.		
425	¿Dió de lactar (dió pecho) alguna vez a (NOMBRE)? SI.....1 (PASE A 428)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 436)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 436)← NO.....2
426	ANOTE "M" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.		
427	¿Por qué no le dió de lactar (le dió pecho) a (NOMBRE)? NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HACE DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 TRABAJO FUERA DE CASA...08 QUIZO TENER OTRO HIJO...09 OTRO _____ 10 (Especifique) (PASE A 438) ←	NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HIZO DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 TRABAJO FUERA DE CASA...08 QUIZO TENER OTRO HIJO...09 OTRO _____ 10 (Especifique) (PASE A 438) ←	NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HIZO DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 TRABAJO FUERA DE CASA...08 QUIZO TENER OTRO HIJO...09 OTRO _____ 10 (Especifique) (PASE A 438) ←
428	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó Ud. a darle de lactar (pecho)? INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2 (PASE A 429)		

	ANOTE EL NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
429	VEA 216: ESTA VIVO EL NIÑO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 436) ←		
430	¿Todavía le está dando de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 436) ←		
431	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL.			
432	¿Cuántas veces le dió de lactar (pecho) a (NOMBRE) entre las 6 de la tarde de ayer y las 6 de la mañana de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES <input type="text"/> TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA.....96		
433	¿El día de ayer cuántas veces le dió de lactar (pecho) a (NOMBRE), entre las 6 de la mañana y las 6 de la tarde? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES <input type="text"/> TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA.....96		
434	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dió a (NOMBRE) alguno de los sgtes. alimentos?	SI NO Agua sola.....1 2 Agua con azúcar.....1 2 Jugo.....1 2 Té, mates, infusiones...1 2 Leche en polvo maternizada.....1 2 Leche fresca.....1 2 Leche evaporada o en polvo no maternizada...1 2 Otro líquido (sopas, agua de arroz, etc)....1 2 Algún alimento sólido o papilla.....1 2		
435	COTEJE 434: ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO DADO AYER?	POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> "NO" EN TODOS <input type="checkbox"/> (PASE A 440) (PASE A 439)		
436	¿Durante cuántos meses le dió Ud. de lactar (el pecho) a (NOMBRE)?	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN LOS MESES QUE LE DIO PECHO, EMPEZANDO CON EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO. SI LE DIO PECHO MENOS DE UN MES, ANOTE "0" EN LA COLUMNA 5 EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.		
437	¿Por qué dejó de darle de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HIZO DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 TRABAJO FUERA DE CASA....10 QUIZO TENER OTRO HIJO....11 OTRO.....12 (Especifique) (PASE A 438)	NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HIZO DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 TRABAJO FUERA DE CASA....10 QUIZO TENER OTRO HIJO....11 OTRO.....12 (Especifique) (PASE A 438)	NIÑO ESTABA ENFERMO.....01 MADRE ESTABA ENFERMA.....02 NIÑO MURIO.....03 LECHE INSUFICIENTE.....04 PROBLEMA DE PEZONES.....05 HIZO DAÑO LECHE MATERNA..06 NIÑO RECHAZO PECHO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 TRABAJO FUERA DE CASA....10 QUIZO TENER OTRO HIJO....11 OTRO.....12 (Especifique) (PASE A 438)

	ANOTE EL NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
438	VEA 216: ¿ESTA EL NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 440)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 440)
439	A (NOMBRE) ¿Le dió en algún momento agua o algo de beber o de comer (diferente a la leche de pecho)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)←
440	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle regularmente alguno de los siguientes alimentos:  -Alguna otra leche diferente a la leche materna?....  -Agua sola?.....  -Otros líquidos?.....  -Algún alimento sólido o papilla?.....  SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 (PASE A 443)	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96  EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 (PASE A 443)
441	VEA 216 ¿ESTA VIVO EL NIÑO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 443)		
442	¿(NOMBRE) ayer tomó algo en una mamadera con chupón?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8		
443	REGRESE A 403 PARA APLICAR LAS PREGUNTAS AL NACIMIENTO SIGUIENTE; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 444.			

SI HAY HOJAS ADICIONALES PARA MAS NACIMIENTOS MARQUE "X"

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
444	VEA 215: ALGUN NACIMIENTO EN 1983, 1984, O EN 1985? SI <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO OCURRIDO ENTRE ENERO DE 1983 Y DICIEMBRE DE 1985: _____ (NOMBRE)	NO <input type="checkbox"/> → 449	449
445	¿Le dió de lactar (pecho) a (NOMBRE) alguna vez?	SI.....1 NO.....2 → 447	447
446	¿Durante cuántos meses le dió Ud. de lactar (el pecho) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA QUE MURIO.....96	
447	¿Después del nacimiento de (NOMBRE), durante cuántos meses no tuvo la menstruación o regla?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO HA VUELTO/ NO VOLVIO.....96	
448	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no tuvo relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO REANUDO.....96	
449	VEA 401 UNO O MAS NACIDOS DESDE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/> (PASE A 451)	NO HUBO NACIDOS DESDE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/> → 501	501

SECCION 4B. INMUNIZACION Y SALUD

451 ANOTE EN EL RECUADRO EL NUMERO DE ORDEN Y NOMBRE (212) DE CADA NACIMIENTO OCURRIDO DESDE ENERO DE 1986. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS (ACTUALMENTE VIVOS O MUERTOS), COMENZANDO CON EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS, UTILICE CUESTIONARIOS ADICIONALES).																																																																																																																											
NUMERO DE ORDEN DE 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																								
DE 212	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																																																																																																																								
452 ¿Tiene la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿La puedo ver, por favor?	SI, LA VIO.....1 (PASE A 454)← SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 456)← NO HAY TARJETA.....3	SI, LA VIO.....1 (PASE A 454)← SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 456)← NO HAY TARJETA.....3	SI, LA VIO.....1 (PASE A 454)← SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 456)← NO HAY TARJETA.....3																																																																																																																								
453 ¿Tuvo alguna vez la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 456)← NO.....2																																																																																																																								
454 (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	<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>PRM</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				PRM				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>PRM</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				PRM				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>PRM</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				PRM				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA			
	DIA	MES	AÑO																																																																																																																								
BCG																																																																																																																											
PRM																																																																																																																											
P1																																																																																																																											
P2																																																																																																																											
P3																																																																																																																											
D1																																																																																																																											
D2																																																																																																																											
D3																																																																																																																											
SA																																																																																																																											
	DIA	MES	AÑO																																																																																																																								
BCG																																																																																																																											
PRM																																																																																																																											
P1																																																																																																																											
P2																																																																																																																											
P3																																																																																																																											
D1																																																																																																																											
D2																																																																																																																											
D3																																																																																																																											
SA																																																																																																																											
	DIA	MES	AÑO																																																																																																																								
BCG																																																																																																																											
PRM																																																																																																																											
P1																																																																																																																											
P2																																																																																																																											
P3																																																																																																																											
D1																																																																																																																											
D2																																																																																																																											
D3																																																																																																																											
SA																																																																																																																											
455 ¿Ha recibido (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 454) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 457A)←	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 454) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 457A)←	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COL. DE 'DIA' EN 454) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 457A)←																																																																																																																								
456 ¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458)← NO SABE.....8 (PASE A 457)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458)← NO SABE.....8 (PASE A 457)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 458)← NO SABE.....8 (PASE A 457)←																																																																																																																								



	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
ANOTE EL NOMBRE →	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
466	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la tos ¿respiraba más rápido que de costumbre (respiraciones cortas y rápidas) o estaba agitado? SI.....1 NO.....2 (PASE A 465)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 465)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 465)← NO SABE.....8
466A	Cuando (NOMBRE) respiraba rápido o estaba agitado ¿tenía además mocos en la nariz? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
465	VEA 461 ¿HA ESTADO CON TOS? SI <input type="checkbox"/> NO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 470) v	SI <input type="checkbox"/> NO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 470) v	SI <input type="checkbox"/> NO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 470) v
466	¿Le dieron algo a (NOMBRE) para tratarle la tos? SI.....1 NO.....2 (PASE A 468)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 468)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 468)← NO SABE.....8
467	¿Qué le dieron a (NOMBRE) para tratarlo de la tos? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE) NADA.....A COTRIMOXAZOL (Bactrim, Balsoprim, Mebrym, Sumetoprim, Suprim, Septrin, Kelfiprim, Supristol).....B CLORAMFENICOL (Cloromisan, Clorosantina, Quemicetina, Chloromycetin, Cloramfenicol, Palmiclor, Palmiclorán, Palmitato de Cloramfenicol, Serviclofén).....C OTRO _____ X (Especifique)	NADA.....A COTRIMOXAZOL (Bactrim, Balsoprim, Mebrym, Sumetoprim, Suprim, Septrin, Kelfiprim, Supristol).....B CLORAMFENICOL (Cloromisan, Clorosantina, Quemicetina, Chloromycetin, Cloramfenicol, Palmiclor, Palmiclorán, Palmitato de Cloramfenicol, Serviclofén).....C OTRO _____ X (Especifique)	NADA.....A COTRIMOXAZOL (Bactrim, Balsoprim, Mebrym, Sumetoprim, Suprim, Septrin, Kelfiprim, Supristol).....B CLORAMFENICOL (Cloromisan, Clorosantina, Quemicetina, Chloromycetin, Cloramfenicol, Palmiclor, Palmiclorán, Palmitato de Cloramfenicol, Serviclofén).....C OTRO _____ X (Especifique)
468	¿Para el tratamiento de la tos de (NOMBRE) buscó Ud. consejo o ayuda fuera de casa? SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 470)←
469	¿A quién o dónde pidió consejo o tratamiento para la tos? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE) HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/CENTRO/POSTA MEDICA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H OTRO _____ X (Especifique)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/POSTA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H OTRO _____ X (Especifique)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/POSTA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H OTRO _____ X (Especifique)
469A	¿Qué observó en su niño que la hizo buscar consejo o ayuda fuera de su casa? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONE) AGITACION O RESPIRACION RAPIDA.....A TIRAJE INTERCOSTAL (se le veían las costillas).....B NO PODIA BEBER.....C CIANOSIS (se pone morado).....D SOMNOLIENTO O DIFICIL DE DESPERTAR.....E DESNUTRIDO.....F OTRO _____ X (Especifique)	AGITACION O RESPIRACION RAPIDA.....A TIRAJE INTERCOSTAL (se le veían las costillas).....B NO PODIA BEBER.....C CIANOSIS (se pone morado).....D SOMNOLIENTO O DIFICIL DE DESPERTAR.....E DESNUTRIDO.....F OTRO _____ X (Especifique)	AGITACION O RESPIRACION RAPIDA.....A TIRAJE INTERCOSTAL (se le veían las costillas).....B NO PODIA BEBER.....C CIANOSIS (se pone morado).....D SOMNOLIENTO O DIFICIL DE DESPERTAR.....E DESNUTRIDO.....F OTRO _____ X (Especifique)
470	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea durante las dos últimas semanas? SI.....1 NO.....2 (PASE A 472)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 472)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 472)← NO SABE.....8
471	REGRESE A 452 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 490.		

	AMOTE EL NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
472	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea en las últimas 24 horas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
473	¿Cuánto tiempo le ha durado/le duró la diarrea a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN DIA AMOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/>
474	¿Había sangre en las deposiciones?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 478)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 478)
475	VEA 425 A 430 ¿LE DA TODAVIA EL PECHO AL ULTIMO NIÑO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> V (PASE A 478)		
477	¿Durante la diarrea de (NOMBRE) Ud. mantuvo igual la frecuencia de lactancia, la disminuyó, la aumentó o la suspendió (dejó completamente)?	MANTUVO IGUAL.....1 AUMENTO.....2 DISMINUYO.....3 DEJO DE LACTAR.....4		
478	(Además del pecho) ¿Le dió a (NOMBRE) de tomar la misma cantidad de líquido que le daba antes de la diarrea? Más? Menos?	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO LE DIO.....4 NO SABE.....8 479A ←	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO LE DIO.....4 NO SABE.....8 479A ←	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO LE DIO.....4 NO SABE.....8 479A ←
479	¿Qué líquido(s) le dió de tomar a (NOMBRE) durante la diarrea? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONA)	SOPAS/CALDOS.....A TE/MATES/INFUSIONES.....B SALVADORA.....C OTRA SOLUCION REHIDRATANTE (LYTREN, ELECTORAL, ETC)...D SUERO CASERO (SOLUCION DE AZUCAR Y SAL).....E OTRO.....X (Especifique)	SOPAS/CALDOS.....A TE/MATES/INFUSIONES.....B SALVADORA.....C OTRA SOLUCION REHIDRATANTE (LYTREN, ELECTORAL, ETC)...D SUERO CASERO (SOLUCION DE AZUCAR Y SAL).....E OTRO.....X (Especifique)	SOPAS/CALDOS.....A TE/MATES/INFUSIONES.....B SALVADORA.....C OTRA SOLUCION REHIDRATANTE (LYTREN, ELECTORAL, ETC)...D SUERO CASERO (SOLUCION DE AZUCAR Y SAL).....E OTRO.....X (Especifique)
479A	¿Antes de comenzar la diarrea (NOMBRE) comía alimentos sólidos?	SI.....1 NO.....2 480 ←	SI.....1 NO.....2 480 ←	SI.....1 NO.....2 480 ←
479B	Durante la diarrea, ¿le dió de comer a (NOMBRE) la misma cantidad de alimentos sólidos que le daba antes? Más? 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
480	¿Qué le dieron a (NOMBRE) para tratarlo de la diarrea? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONA)	NADA.....A ANTIBIOTICOS (JARABE O TABLETAS).....B ANTIDIARREICOS.....C OTRO.....X (Especifique)	NADA.....A ANTIBIOTICOS (JARABE O TABLETAS).....B ANTIDIARREICOS.....C OTRO.....X (Especifique)	NADA.....A ANTIBIOTICOS (JARABE O TABLETAS).....B ANTIDIARREICOS.....C OTRO.....X (Especifique)
481	Buscó ayuda o tratamiento para la diarrea fuera de su casa?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 482) ← (PASE A 483) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 482) ← (PASE A 483) ←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 482) ← (PASE A 483) ←

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
ANOTE EL NOMBRE →	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
482 ¿De quién o dónde buscó Ud. consejo o tratamiento?  ¿A alguien más?  (ANOTE LO QUE SE MENCIONE)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINIST. DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/POSTA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/ BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H URO COMUNAL.....I OTRO.....X (Especifique)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINIST. DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/POSTA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/ BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H URO COMUNAL.....I OTRO.....X (Especifique)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINIST. DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/POSTA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/ BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H URO COMUNAL.....I OTRO.....X (Especifique)
482A ¿Qué observó en su niño que le hizo buscar consejo o ayuda fuera de su casa?  (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE SE MENCIONA)	DECAIDO.....A OJOS HUNDIDOS.....B SOMNOLIENTO.....C NO PODIA BEBER LIQUIDOS...D DIARREA EMPEORO.....E ESTADO GENERAL DEL NIÑO EMPEORO.....F OTRO.....X (Especifique)	DECAIDO.....A OJOS HUNDIDOS.....B SOMNOLIENTO.....C NO PODIA BEBER LIQUIDOS...D DIARREA EMPEORO.....E ESTADO GENERAL DEL NIÑO EMPEORO.....F OTRO.....X (Especifique)	DECAIDO.....A OJOS HUNDIDOS.....B SOMNOLIENTO.....C NO PODIA BEBER LIQUIDOS...D DIARREA EMPEORO.....E ESTADO GENERAL DEL NIÑO EMPEORO.....F OTRO.....X (Especifique)
483 VEA 479 (CODIGO C) ¿LE DIERON AL NIÑO LA PREPARACION DE LA BOLSITA SALVADORA?	NO MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> SI MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> (PASE A 485)	NO MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> SI MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> (PASE A 485)	NO MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> SI MENCIONA SALVADORA <input type="checkbox"/> (PASE A 485)
484 ¿Le dieron a (NOMBRE) el líquido preparado con la bolsita salvadora cuando él/ella tuvo diarrea?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 486)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 486)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 486)←
485 ¿Cuántos días le estuvo dando a (NOMBRE) el líquido de la bolsita salvadora? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98
486 VEA 479 (CODIGO E) ¿LE DIERON EL SUERO CASERO YA MENCIONADO?	SI DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> NO DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> (PASE A 489)	SI DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> NO DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> (PASE A 489)	SI DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> NO DIERON SUERO CASERO <input type="checkbox"/> (PASE A 489)
488 ¿Cuántos días le estuvo dando a (NOMBRE) el suero casero? SI MENOS DE UN DIA ANOTE "00"	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98
489 REGRESE A 452 PARA EL SIGUIENTE NACIMIENTO; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 490.			

SI HAY HOJAS ADICIONALES CON MAS NACIMIENTOS MARQUE "X"

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
490	VEA 479:  SE SUMINISTRO LA SOLUCION DE LA BOLSITA SALVADORA A ALGUN NIÑO <input type="checkbox"/>	NO SE SUMINISTRO LA SOLUCION DE LA BOLSITA SALVADORA O NO SE HIZO LA PREGUNTA 479 <input type="checkbox"/>	494
491	¿Ha oído hablar alguna vez de la bolsita salvadora para tratar la diarrea?	SI.....1 NO.....2	493
492	¿Ha visto antes un paquete como éste? (MUESTRELE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	497
493	¿Ha preparado una solución con uno de estos paquetes para tratarse usted una diarrea o tratársela a alguien más? (MUESTRELE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	496
494	¿La última vez que usted preparó la solución, la preparó toda de una vez, o solamente preparó una parte del paquete?	TODO EL PAQUETE DE UNA VEZ.....1 SOLAMENTE UNA PARTE DEL PAQTE...2	496
495	¿Qué cantidad de agua utilizó para preparar la solución de la bolsita salvadora?	1½ LITRO.....1 1 LITRO.....2 1 1½ LITROS.....3 2 LITROS.....4 SIGUIO INSTRUC. DEL PAQUETE...5  OTRO _____ 6 (Especifique) NO SABE.....8	
496	¿Dónde puede conseguir la bolsita salvadora? INDAGUE: ¿En alguna otra parte? (ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS)	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/CENTRO/POSTA MEDICA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H  OTRO _____ X (Especifique)	
497	VEA 479 (CODIGO E)  SUERO CASERO SUMINISTRADO A ALGUN NIÑO <input type="checkbox"/>	NO SE SUMINISTRO SUERO CASERO A NINGUN NIÑO O NO SE HIZO LA PREGUNTA 479 <input type="checkbox"/>	501
498	¿Dónde aprendió a preparar este suero casero que le dieron a (NOMBRE) cuando él/ella tuvo diarrea?	HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....A CENTRO/PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.....B HOSPITAL DEL IPSS.....C POLICLINICO/CENTRO/POSTA MEDICA DEL IPSS.....D MEDICO, CONSULTORIO O CLINICA PARTICULAR.....E PROMOTOR DE SALUD/BOTIQUIN POPULAR.....F FARMACIA O BOTICA.....G FAMILIAR O AMIGO.....H  OTRO _____ X (Especifique)	

SECCION 5. MUNICIPALIDAD

PASE

NO.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	A
501	¿Ha estado Ud. casada o conviviendo alguna vez?	SI.....1 NO.....2	504
502	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 6 DEL CALENDARIO PARA EL MES DE LA ENTREVISTA, Y EN CADA MES HACIA ATRAS HASTA ENERO DE 1986.		
503	SI NUNCA ESTUVO EN UNION: ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	512 516
504	¿Actualmente es Ud. conviviente, casada, viuda, divorciada o separada?	CONVIVIENTE.....1 CASADA.....2 VIUDA.....3 DIVORCIADA.....4 SEPARADA.....5	
506	¿Ha convivido o se ha casado más de una vez?	UNA SOLA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2	
507	¿En qué mes y año comenzó a vivir junto a su [primer] esposo [conviviente]?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	
508	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EDAD.....98	
509	VEA: 507 Y 508 AÑO Y EDAD INFORMADOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		511
510	<p>VEA LA CONSISTENCIA DE 507 Y 508</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>AÑO DE NACIMIENTO (103) → <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>+ MAS EDAD AL CASARSE (508) → <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ = AÑO DE MATRIMONIO CALCULADO + 1?</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SI ES NECESARIO, CALCULE EL AÑO DE NACIMIENTO</p> <p>AÑO ACTUAL <input type="text" value="9"/><input type="text" value="1"/></p> <p>MENOS -</p> <p>EDAD ACTUAL (104) <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>=</p> <p>AÑO DE NACIMIENTO CALCULADO <input type="text"/><input type="text"/></p> </div> </div> <p>LA DIFERENCIA ENTRE EL AÑO DE MATRIMONIO CALCULADO Y EL AÑO DE MATRIMONIO INFORMADO (507) ES MAS DE UN AÑO?</p> <p>NO MAS DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> MAS DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 507 Y 508.</p>		

NO.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PÁGE A															
511	<p>DETERMINE LOS MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO 1986. MARQUE "X" EN LA COL. 6 DEL CALENDARIO PARA CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "O" PARA CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1986.</p> <p>PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS, O QUE HAN TENIDO MAS DE UN MATRIMONIO O UNION: INDAGUE LA FECHA EN LA CUAL LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO POSTERIOR, O LA DEL INICIO DE ALGUNA UNION POSTERIOR.</p>																	
512	<p>Ahora quisiera hablarle con más detalle acerca de su vida sexual a fin de entender mejor la planificación familiar y la reproducción humana.</p> <p>¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?</p>	<p>NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
513	<p>¿Usualmente cuántas veces al mes tiene Ud. relaciones sexuales?</p>	<p>NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
514	<p>¿Cuándo fué la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p>	<p>HACE</p> <p>DIAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES.....3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS.....4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO...996</p>																
515	<p>¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PRIMERA VEZ AL CASARSE.....96</p>																
516	<p>PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO O CONVIVIENTE.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...1	1	2	ESPOSO O CONVIVIENTE.....1	1	2	OTROS HOMBRES.....1	1	2	OTRAS MUJERES.....1	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...1	1	2																
ESPOSO O CONVIVIENTE.....1	1	2																
OTROS HOMBRES.....1	1	2																
OTRAS MUJERES.....1	1	2																

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PASE

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	A
601	VEA 315 NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	ELLA O EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	607
602	VEA 504 ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>	OTROS ESTADOS <input type="checkbox"/>	612
603	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 225 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Quisiera tener un [otro] hijo o preferiría no tener [más] hijos? ¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	QUIERE HIJO.....1 NO QUIERE MAS HIJOS.....2 MENOPAUSICA (ESTERIL).....3 INDECISA O NO SABE.....8	610
604	VEA 225 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un [otro] hijo? ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES.....1 AÑOS.....2 PRONTO/AHORA.....994 MENOPAUSICA (ESTERIL).....995 OTRO _____ 996 (Especifique) NO SABE.....998	610
605	VEA: 216 Y 225 TIENE HIJO(S) VIVO(S) Y/O ESTA EMBARAZADA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		610
606	VEA 225 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> De quedar embarazada otra vez ¿que edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo menor? ¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo que está esperando, cuando nazca su próximo hijo?	AÑOS DE EDAD..... NO SABE.....98	610
607	Dada la situación actual, si tuviera que elegir nuevamente (Ud./o su esposo/conviviente), tomarían la misma decisión de operarse para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2	
608	¿Ud. lamenta que [su esposo/conviviente] haya sido operada [operado] para no tener más hijos?	SI.....1 NO.....2	612
609	¿Por qué lo lamenta?	MUJER QUIERE OTRO HIJO.....1 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO.....2 EFECTOS SECUNDARIOS.....3 OTRO _____ 4 (Especifique)	612
610	Ha conversado alguna vez con su esposo (o conviviente) sobre el número de hijos que les gustaría tener?	SI.....1 NO.....2	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
611	¿Cree usted que su esposo (o conviviente) quiere el mismo número de hijos que usted, el quiere más o quiere menos hijos de los que usted quiere tener?	MISMO NUMERO DE HIJOS.....1 MAS HIJOS.....2 MENOS HIJOS.....3 NO SABE.....8	
612	VEA 216  TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/>  Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿cuántos serían?  ANOTE NUMERO U OTRA RESPUESTA	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>  OTRA RESPUESTA _____ 96 (Especifique)	
613	En su opinión ¿Cuánto tiempo cree Ud. que debería pasar entre un nacimiento y el siguiente?	MESES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> OTRO _____ 996 (Especifique)	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A		
701	<p>VEA 501</p> <p>ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O CONVIVIENTE ACTUAL O ULTIMO.</p>		708		
702	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual [último] esposo [conviviente]</p> <p>¿Alguna vez su esposo [conviviente] asistió a la escuela?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	705		
703	<p>¿Cuál es el último año de estudios que él aprobó?</p> <p>PARA 6 O MAS AÑOS/GRADOS DE ESTUDIO ANOTE 6</p>	<p>NINGUN NIVEL, INICIAL O PRE-ESCOLAR..... 0</p> <p>PRIMARIA..... 1</p> <p>SECUNDARIA..... 2</p> <p>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA... 3</p> <p>SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4</p> <p>NO SABE.....98</p>			
705	<p>¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña [ñó] principalmente él?</p> <p>INDAGUE: ¿Qué cosas hace [hacía], qué tareas realiza [ba] él principalmente en su trabajo?</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table> <hr/> <hr/> <hr/>			
706	<p>A qué se dedica el negocio, empresa o institución en la que trabaja (trabajó) él?</p> <p>TRABAJA (TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS <input type="checkbox"/> NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		708		
707	<p>¿Trabaja [trabajó] él principalmente, en sus propias tierras, en tierras de familiares, en tierras alquiladas, o en tierras de otros?</p>	<p>TIERRA SUYA O DE FAMILIARES.....1</p> <p>TIERRA ALQUILADA.....2</p> <p>TIERRA DE OTROS.....3</p> <p>TIERRA DE LA COMUNIDAD.....4</p>			
708	<p>Ahora, hablando de Usted, ¿desde Enero de 1986, ha vivido en una sola localidad o en más de una localidad?</p>	<p>UNA LOCALIDAD.....1</p> <p>MAS DE UNA LOCALIDAD.....2</p>	710		
709	<p>ANOTE (EN COL.7 DEL CALENDARIO) EL CODIGO APROPIADO PARA LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA ACTUAL ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). COMIENZE CON EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES ANTERIORES HASTA LLEGAR A ENERO DE 1986.</p>		711		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
710	En qué mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DONDE TIENE LUGAR LA ENTREVISTA).		
	ANOTE (EN LA COL.7 DEL CALENDARIO) "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LOS DISTINTOS TIPOS DE LOCALIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE PREGUNTANDO SOBRE LAS LOCALIDADES ANTERIORES Y ANOTE LOS TRASLADOS Y TIPOS DE LOCALIDADES CORRESPONDIENTES.		
	PREGUNTAS ILUSTRATIVAS		
	- Dónde vivía antes.....? - En qué mes y año llegó allí? - Ese sitio está localizado en la ciudad, en un pueblo o en el campo?		
711	MENCIONE EL LUGAR DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1986:	SIEMPRE VIVIO ALLI.....96	713
	¿Cuándo llegó a vivir a (LUGAR DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1986)?	MES..... <input type="text"/>	
		NO SABE MES.....98	
		AÑO..... <input type="text"/>	
		NO SABE AÑO.....98	
712	Antes de llegar a (LUGAR DE RESIDENCIA DE 1986) ¿dónde vivió Ud.? ¿en la ciudad, en un pueblo o en el campo?	CIUDAD.....1 PUEBLO.....2 CAMPO.....3	
713	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia laboral. ¿Qué hizo usted la semana pasada?	TRABAJO.....01 NO TRABAJO, PERO TENIA TRABAJO...02 BUSCO TRABAJO, PERO TRABAJABA ANTES.....03 BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ...04 ESTUDIABA.....05 ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR.....06 VIVIA DE SU PENSION O JUBILACION.07 ES RENTISTA.....08  OTRO _____ 09 (Especifique)	717
714	Algunas mujeres además de ocuparse de las labores domésticas de su hogar, trabajan en algo por lo cual les pagan en dinero o en especies. Otras venden algún producto tienen un negocio o trabajan con la familia, ¿Realizó usted la semana pasada alguna actividad, o hace algún tipo de trabajo?	SI.....1 NO.....2	717
715	Desde Enero de 1986 ¿Usted ha trabajado alguna vez?	SI.....1 NO.....2	717
716	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO EN CADA MES DESDE ENERO DE 1986 HASTA EL MES ACTUAL.		721
717	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña [desempeñó] Ud. (recientemente)?  INDAGUE: ¿Qué cosas hace, que tareas realiza Ud. principalmente en su trabajo?	<input type="text"/> _____ _____ _____	
718	USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR SOBRE TODOS LOS PERIODOS EN QUE TRABAJO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O EL MAS RECIENTE, REGRESANDO A ENERO DE 1986. EN COLUMNA 8 ANOTE EL CODIGO CORRESPONDIENTE AL TIPO DE TRABAJO Y "0" SI NO TRABAJO?		
	PREGUNTAS ILUSTRATIVAS		
	- ¿Cuándo empezó su trabajo y (cuándo terminó)? - ¿Qué hizo antes de eso? - ¿Por cuánto tiempo trabajó en esa ocasión? - ¿Era usted trabajador independiente o empleado? - ¿Le pagaban por este trabajo? - ¿Trabajaba en la casa o fuera de la casa?		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A	
719	REVISE LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO:	TRABAJABA EN ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	NO TRABAJABA EN ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	721
720	Me doy cuenta que estuvo trabajando en Enero de 1986. ¿Cuándo comenzó ese trabajo?	MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE AÑO.....98	723	
721	Me doy cuenta que no estuvo trabajando en Enero de 1986 ¿Trabajó alguna vez antes de Enero de 1986?	SI.....1 NO.....2	723	
722	¿Cuándo terminó el trabajo que tenía antes de Enero de 1986?	MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE AÑO.....98		
723	VEA: 215, 216 Y 218 TIENE HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986 QUE ESTA VIVIENDO EN CASA? <input type="checkbox"/> SI	NO <input type="checkbox"/>	750	
724	VEA: 713 Y 714	¿ACTUALMENTE ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI	NO <input type="checkbox"/>	750
725	¿Mientras trabaja tiene <u>habitualmente</u> a (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO) con Ud., lo tiene <u>algunas veces</u> con Ud., o <u>nunca</u> lo tiene con Ud.?	HABITUALMENTE.....1 ALGUNAS VECES.....2 NUNCA.....3	750	
726	¿Quién cuida a (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO) usualmente mientras usted trabaja?	ESPOSO O CONVIVIENTE.....01 NIÑO(S) MAYOR(ES).....02 OTROS FAMILIARES.....03 VECINOS.....04 AMIGOS.....05 EMPLEADA DEL HOGAR.....06 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA.....07 GUARDERIA INFANTIL.....08 OTRO _____ 09 (Especifique)		

SECCION 7A: MORTALIDAD ADULTA

750 VERIFIQUE:  
 ¿LA INFORMACION SOBRE LOS HERMANOS Y HERMANAS YA HA SIDO PROPORCIONADA POR UNA HERMANA QUE VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR?

SI  1 ANOTE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER QUE PROPORCIONO LA INFORMACION NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO DE ORDEN.....    PASE A 801 NO  2 SIGA CON 751

751 ¿Usted tiene o ha tenido hermanos y hermanas? SI.....  1 NO.....  2 → 801

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos de padre y madre y/o los hermanos de madre. Por favor dígame los nombres de todos sus hermanos y hermanas, incluyendo a todos los que ya fallecieron y a los que están viviendo en otra parte. Comencemos por el de mayor edad.

Nº DE ORDEN	752 ¿Cuál es el nombre de su hermano o hermana de más edad? (CONTINUE DE MAYOR A MENOR)	753 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	754 ¿(NOMBRE) está vivo(a) todavía?	755 SI ESTA VIVO(A) ¿Qué edad tiene (NOMBRE)? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS
0 1	   (Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	EN AÑOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
0 2	   (Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
0 3	   (Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
0 4	   (Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
0 5	   (Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE

**DATOS DE HERMANOS Y HERMANAS FALLECIDOS**  
**SOLO ACEPTE "98" (NO SABE) EN CASOS EXTREMOS**

756 ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	757 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	758 ¿Dónde residía (NOMBRE) cuando falleció?	759 ¿(NOMBRE) estuvo casada o unida alguna vez?	SOLO PARA HERMANAS DE 12 AÑOS O MAS 760 ¿(NOMBRE) murió cuando estaba embarazada, durante un parto o pérdida, o después de un parto o pérdida?	761 ¿Cuánto tiempo después de dar a luz a su último hijo o del término de su embarazo, murió (NOMBRE)?	762 ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR..1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO) DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)↵	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR..1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8 (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO) DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)↵	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR..1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8 (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO) DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)↵	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR..1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8 (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO) DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)↵	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR..1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8 (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO) DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....98→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)↵	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE

Nº DE O R D E N	752 ¿Cuál es el nombre de su hermano o hermana de más edad?  (CONTINUE DE MAYOR A MENOR)	753 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	754 ¿(NOMBRE) está vivo(a) todavía?	755 SI ESTA VIVO(A) ¿Qué edad tiene (NOMBRE)?  ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS
06	(Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
07	(Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
08	(Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
09	(Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE
10	(Nombre)	HOMBRE.....1 MUJER.....2	SI.....1 NO.....2 756 ← NO SABE.....8 PASE A LA FILA SIGUIENTE ←	<input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 PASE A LA FILA SIGUIENTE

**DATOS DE HERMANOS Y HERMANAS FALLECIDOS**  
SOLO ACEPTE "98" (NO SABE) EN CASOS EXTREMOS

756 ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	757 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	758 ¿Dónde residía (NOMBRE) cuándo falleció?	759 ¿(NOMBRE) estuvo casada o unida alguna vez?	SOLO PARA HERMANAS DE 12 AÑOS O MAS- 760 ¿(NOMBRE) murió cuando estaba embarazada, durante un parto o pérdida, o después de un parto o pérdida?	761 ¿Cuánto tiempo después de dar a luz a su último hijo o del término de su embarazo, murió (NOMBRE)?	762 ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (NOMBRE) en vida?
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR.1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)←	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR.1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)←	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR.1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)←	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR.1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)←	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE
EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98	EN ESTE LUGAR.1 EN LA CIUDAD..2 EN EL PUEBLO..3 EN EL CAMPO..4 NO SABE.....8  (HOMBRES PASAN A LA FILA SIGUIENTE)	SI.....1 NO.....2 NO SABE...8	EMBARAZADA...1→762 DURANTE PARTO O PERDIDA...2→762 DESPUES PARTO O PERDIDA...3→761 NO (NINGUNO DE LOS ANTERIORES..4→762 NO SABE.....8→762 NUNCA EMBAR..0 (FILA SIGUIENTE)←	DIAS....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES...2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS....3 <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE...98  PASE A LA FILA SIGUIENTE

763 ANOTE LA HORA DEL TERMINO DE LA ENTREVISTA

HORA.....

MINUTOS.....

<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>

SECCION 8: MEDICION DE TALLA Y PESO DE LA MADRE Y EL HIJO

801	VEA 222:  UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1986 <input type="checkbox"/> → FIN
-----	--	--

ENTREVISTADORA: EN 802-804, ANOTE EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS NACIDOS DESDE ENERO 1986. EMPEZANDO CON EL MENOR EN 806 Y 808 ANOTE LA ESTATURA Y PESO DE CADA UNO DE ELLOS.

NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1986 DEBEN SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TODOS LOS HIJOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS DESDE ENERO DE 1986, UTILICE CUESTIONARIOS ADICIONALES.

	1 MUJER ENTREVISTADA	2 HIJO MENOR VIVO	3 PENULTIMO HIJO VIVO	4 ANTEPENULTIMO HIJO VIVO
802 NO. DE ORDEN DE 212		□ □	□ □	□ □
803 NOMBRE DE 212	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
804 FECHA DE NACIMIENTO -DE 103 PARA ENTREVISTADA -DE 215 PARA NIÑOS Y PREGUNTE -EL DIA DE NACIMIENTO	MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □
805 CICATRIZ DE BCG EN EL HOMBRO DERECHO		CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2
806 ESTATURA (en cms., milímetros)	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □
807 SE MIDIO AL NIÑO CUANDO ESTABA PARADO/A O ACOSTADO/A?		ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2	ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2	ACOSTADA/O.....1 PARADA/O.....2
808 PESO (en kg.)	□ □ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □
809 PERIMETRO DE LA CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL (EN CM.)	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □
810 FECHA DE MEDICION	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □	DIA..... □ □ MES..... □ □ AÑO..... □ □
811 RESULTADO	MEDIDA.....1  RECHAZO.....4  OTRO .....6  (Especifique)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6  (Especifique)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6  (Especifique)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6  (Especifique)
812 NOMBRE DE LA SUPERVISORA QUE MIDE:	□ □	NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA:		□ □

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(para completarse después de terminar la entrevista)

Comentarios sobre la Entrevistada: \_\_\_\_\_

---

---

---

Comentarios sobre preguntas específicas: \_\_\_\_\_

---

---

---

Otro tipo de comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

---

Nombre de la supervisora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE OPERACIONES DE CAMPO/SUPERVISOR NACIONAL**

---

---

---

---

C O L U M N A S

	1	2	3	4	5	6	7	8	
03 MAR 01									01 MAR
02 FEB 02									02 FEB
01 ENE 03									03 ENE
12 DIC 04									04 DIC
11 NOV 05									05 NOV
10 OCT 06									06 OCT
09 SEP 07									07 SEP
1 08 AGO 08									08 AGO 1
9 07 JUL 09									09 JUL 9
9 06 JUN 10									10 JUN 9
1 05 MAY 11									11 MAY 1
04 ABR 12									12 ABR
03 MAR 13									13 MAR
02 FEB 14									14 FEB
01 ENE 15									15 ENE
12 DIC 16									16 DIC
11 NOV 17									17 NOV
10 OCT 18									18 OCT
09 SEP 19									19 SEP
1 08 AGO 20									20 AGO 1
9 07 JUL 21									21 JUL 9
9 06 JUN 22									22 JUN 9
0 05 MAY 23									23 MAY 0
04 ABR 24									24 ABR
03 MAR 25									25 MAR
02 FEB 26									26 FEB
01 ENE 27									27 ENE
12 DIC 28									28 DIC
11 NOV 29									29 NOV
10 OCT 30									30 OCT
09 SEP 31									31 SEP
1 08 AGO 32									32 AGO 1
9 07 JUL 33									33 JUL 9
8 06 JUN 34									34 JUN 8
9 05 MAY 35									35 MAY 9
04 ABR 36									36 ABR
03 MAR 37									37 MAR
02 FEB 38									38 FEB
01 ENE 39									39 ENE
12 DIC 40									40 DIC
11 NOV 41									41 NOV
10 OCT 42									42 OCT
09 SEP 43									43 SEP
1 08 AGO 44									44 AGO 1
9 07 JUL 45									45 JUL 9
8 06 JUN 46									46 JUN 8
8 05 MAY 47									47 MAY 8
04 ABR 48									48 ABR
03 MAR 49									49 MAR
02 FEB 50									50 FEB
01 ENE 51									51 ENE
12 DIC 52									52 DIC
11 NOV 53									53 NOV
10 OCT 54									54 OCT
09 SEP 55									55 SEP
1 08 AGO 56									56 AGO 1
9 07 JUL 57									57 JUL 9
8 06 JUN 58									58 JUN 8
7 05 MAY 59									59 MAY 7
04 ABR 60									60 ABR
03 MAR 61									61 MAR
02 FEB 62									62 FEB
01 ENE 63									63 ENE
12 DIC 64									64 DIC
11 NOV 65									65 NOV
10 OCT 66									66 OCT
09 SEP 67									67 SEP
1 08 AGO 68									68 AGO 1
9 07 JUL 69									69 JUL 9
8 06 JUN 70									70 JUN 8
6 05 MAY 71									71 MAY 6
04 ABR 72									72 ABR
03 MAR 73									73 MAR
02 FEB 74									74 FEB
01 ENE 75									75 ENE

INSTRUCCIONES: solamente puede aparecer un código en cada casilla. Todos los meses de las columnas 1, 6, 7 Y 8 deberán ser llenados.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA:

Col.1: Nacimientos, embarazos, uso de Anticonceptivos  
 M NACIMIENTOS  
 E EMBARAZOS  
 T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO  
 1 PILDORA  
 2 DIU  
 3 INYECCION  
 4 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA  
 5 CONDON/PRESERVATIVO  
 6 ESTERILIZACION FEMENINA  
 7 ESTERILIZACION MASCULINA  
 8 ABSTINENCIA PERIODICA  
 9 RETIRO  
 W OTRO

Col.2: Interrupción del Uso de Anticonceptivos

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA  
 2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA  
 3 COMPAÑERO DESAPROBABA  
 4 EFECTOS SECUNDARIOS  
 5 PREOCUPACIONES POR LA SALUD  
 6 ACCESO/DISPONIBILIDAD  
 7 QUERIA METODO MAS EFECTIVO  
 8 INCONVENIENTE DE USAR  
 9 SEXO INFRECIENTE/COMPAÑERO LEJOS  
 C COSTO  
 F FATALISTA  
 M MENOPAUSIA/DIFIC. EN QUEDAR EMBARAZADA  
 D DISOLUCION MATRIMONIAL/SEPARACION  
 W OTRO  
 K NO SABE

Col.3: Amenorrea después del parto

X NO VOLVIO LA REGLA  
 0 MENOS DE UN MES

Col.4: Abstinencia después del parto

X NO TUVO RELACIONES SEXUALES  
 0 MENOS DE UN MES

Col.5: Lactancia

X DIO EL PECHO  
 0 MENOS DE UN MES  
 N NUNCA LE DIO EL PECHO

Col.6: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS)  
 0 NO ESTA EN UNION

Col.7: Cambios y sitios de Residencia

X CAMBIO DE RESIDENCIA  
 1 CIUDAD  
 2 PUEBLO  
 3 CAMPO

Col.8: Clase de Trabajo

0 NO TRABAJA  
 1 EMPLEO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA  
 2 EMPLEO REMUNERADO, EN LA CASA  
 3 INDEPENDIENTE, FUERA DE LA CASA  
 4 INDEPENDIENTE, EN LA CASA  
 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA  
 6 TRABAJADOR NO REMUNERADO, EN LA CASA

FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO  
 NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1986  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_

MES.. 

--	--

  
 AÑO.. 

--	--	--	--