

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
E INFORMATICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD
FAMILIAR - 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO			VIVIENDA		

IDENTIFICACION	
A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B. IDENTIFICACION MUESTRAL
DEPARTAMENTO _____	- AREA URBANA
PROVINCIA _____	ZONA.....
DISTRITO _____	MANZANA N°.....
CENTRO POBLADO.....	- AREA RURAL
	A.E.R.....
	VIVIENDA N°.....
	VIV. SUPLEMENTARIA N°.....
	HOGAR N°..... DE.....

NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: _____	
---	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DIA..... MES..... AÑO.....
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NUMERO..... ENTREVISTADORA.....
RESULTADO***				RESULTADO FINAL.....
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS.....
***CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 4 RECHAZADA 7 OTRA _____ 2 AUSENTE 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE (ESPECIFIQUE) 3 APLAZADA 6 INCAPACITADA				
NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRITICO EN EL CAMPO	CRITICO EN LA OFICINA	DIGITADOR(A)
FECHA				

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en una ciudad, en un pueblo o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	
103	¿Cuanto tiempo vive usted continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	→ 105
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
106A	¿Tiene derecho a ser atendida en el Seguro Social (IPSS)?	SI..... 1 NO..... 2	→ 106C
106B	¿Utiliza dicho servicio de salud?	SI..... 1 NO..... 2	
106C	¿Tiene algún "plan" o seguro privado de salud (que no sea el IPSS)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
106D	VERIFIQUE 106: 16 AÑOS 15 AÑOS O MAS O MAS		→ 107
106E	¿Qué documentos de identidad tiene Ud.? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	BOLETA O LIBRETA MILITAR..... A LIBRETA ELECTORAL..... B OTRO: X (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... Z	
107	¿Alguna vez asistió a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2	→ 114
108	Educación: - ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que asistió? - ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6	CIRCULE NIVEL INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 SUPERIOR NO UNIVERSITARIO..... 3 SUPERIOR UNIVERSITARIO..... 4	ANOTE AÑO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
110	VERIFIQUE 106: 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/>	113
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI 1 NO 2	113
112	¿Cuál es la razón principal por la que dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO..... 02 PARA CUIDAR A LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS..... 04 NO PODIAN PAGAR..... 05 NECESITABA GANAR DINERO 06 SE GRADUO/TENIA SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO APROBO EXAMENES DE INGRESO..... 08 NO QUISO ESTUDIAR..... 09 ESCUELA MUY LEJOS..... 10 OTRA: " 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	VERIFIQUE 108: PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/>	115
114	¿Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o no puede hacerlo?	FACILMENTE 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO..... 3	116
115	¿Lee Ud. un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2	
116	¿Generalmente usted escucha radio todos los días?	SI 1 NO 2	
117	¿Generalmente Ud. ve televisión por lo menos una vez por semana?	SI 1 NO 2	
119	¿Que idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO..... 1 QUECHUA..... 2 AYMARA..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN..... 4 IDIOMA EXTRANJERO..... 5	

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. ha tenido durante 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 alguna hija o hijo que esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→ 204
203	¿Cuántas hijas y cuántos hijos viven con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/>	
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→ 206
205	¿Cuántas hijas o hijos vivos no están viviendo con Ud? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 208
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Ud. ha tenido en TOTAL <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante su vida. ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		→ 227

211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 - ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212: LOS MELLIZOS O TRILLIZOS ANOTELOS EN LINEAS SEPARADAS.
- SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

Ahora me gustaria conversar con Ud. acerca de todos sus hijos, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

212 ¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	213 ¿El naci- miento de (NOMBRE) fue parto multiple o uno solo?	214 ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?	216 ¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	217 SI ESTA VIVO: ¿Cuántos años cumpli- dos tiene?	218 SI ESTA VIVO: ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	219 SI ESTA MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITELE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFE- RENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	221 ¿Hubo algún otro naci- miento entre (NOMBRE DEL NACI- MIENTO ANTE- RIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
02 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
03 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
04 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
05 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
06 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
07 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
08 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2

212 ¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	214 ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	215 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?	216 ¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	217 SI ESTA VIVO: ¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	218 SI ESTA VIVO: ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	219 SI ESTA MUERTO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DIAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	220 AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITALE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MAS?	221 ¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
---	--	-------------------------------------	--	--------------------------------	---	--	---	---	---

09 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ..2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ..2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ..2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
12 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ..2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
13 (NOMBRE)	SIMPLE...1 MULT....2	HOM...1 MUJ..2	MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2

222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA (96) RESTE EL AÑO DEL ULTIMO NACIMIENTO. LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS?	SI..... 1 NO..... 2 → 223A
223	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.	SI..... 1 NO..... 2
223A	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS EN LA PREGUNTA 208 Y EL TOTAL EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA)	
224	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P 215)..... PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (P 217)..... PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P 219).....	
224A	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY PASE A 225.	1. _____ 2. _____ 3. _____
224B	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
225	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 SI NINGUNO, ANOTE "0" <input type="text"/>	
226	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES PRECEDENTES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "N"	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
227	¿Está Ud. embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA..... 8	→ 230								
228	¿Cuántos meses de embarazo tiene? ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA	MESES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table>	0								
0											
229	Quando Ud. quedó embarazada, ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	QUERIA QUEDAR EMBARAZADA..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA TENER (MAS) HIJOS..... 3									
230	¿Ha tenido Ud. alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→ 236								
231	¿En qué mes y año terminó el ultimo de estos embarazos?	MES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
232	VERIFIQUE 231: ULTIMO EMBARAZO TERMINO DESDE ENERO DE 1991 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1991 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			→ 236				
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR DE EMBARAZO.	MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table>	0								
0											
234	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→ 236								
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION DEL EMBARAZO PARA CADA EMBARAZO POSTERIOR A ENERO DE 1991, PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DEL EMBARAZO TERMINADO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.										
236	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ (FECHA, SI LA DA)	HACE: DIAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> HISTERECTOMIZADA..... 993 EN LA MENOPAUSIA/YA NO MENSTRUA..... 994 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996									
237	Cree Ud. que entre una regla y otra ¿hay días en los cuáles una mujer puede quedar más fácilmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 300								
238	Para Ud. ¿cuáles son esos días?	DURANTE SU PERIODO/REGLA..... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADO EL PERIODO/REGLA..... 02 EN LA MITAD DEL CICLO..... 03 JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIODO/REGLA..... 04 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98									

SECCION 3. ANTICONCEPCION

- 300
- ENCIERRE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.
 - PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302.
 - ENCIERRE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO.
 - LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar demorar o evitar un embarazo.

301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?		302 ¿Conoce o ha oído hablar de (METODO)?		303 ¿Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?	
		SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO	
01	PILDORA ·Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2	3	SI 1 NO 2
02	DIU ·El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre.)	1	2	3	SI 1 NO 2
03	INYECCION ANTICONCEPTIVA ·Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2	3	SI 1 NO 2
04	IMPLANTES (NORPLANT) ·Las mujeres pueden tener seis cápsulas en la parte alta de su brazo, colocadas por un doctor o enfermera, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2	3	SI 1 NO 2
05	OVULOS, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES, JALEA ·Las mujeres pueden colocar un óvulo, jalea o crema dentro de la vagina antes de relación.	1	2	3	SI 1 NO 2
06	PRESERVATIVO O CONDON ·Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2	3	SI 1 NO 2
07	ESTERILIZACION FEMENINA ·Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura de trompas).	1	2	3	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener más hijos? SI 1 NO 2
08	ESTERILIZACION MASCULINA ·Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA).	1	2	3	¿Ha tenido un esposo/compañero que se ha hecho operar para no tener hijos? SI 1 NO 2
09	ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO ·Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	1	2	3	SI 1 NO 2
10	RETIRO ·Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, o eyacular fuera de la vagina de la mujer.	1	2	3	SI 1 NO 2
11	OTROS METODOS ·Es decir de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	2	3	SI 1 NO 2
		(ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2
		(ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2

304 VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)

AL MENOS UN "SI" (HA USADO METODO)

→ PASE A 308

305

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
305	¿Alguna vez usted ha usado algo o hecho algo para postergar o evitar salir embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→307
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
306A	PASE A 331		
307	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).		
308	¿Cuál fué el primer método que usó Ud. para no quedar embarazada?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCION..... 03 IMPLANTES (NORPLANT)..... 04 VAGINALES (CREMA, JALEA)..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
309	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NUMERO DE HIJOS.....	<input type="text"/>
311	VERIFIQUE 303 MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	→314A	
312	VERIFIQUE 227: NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	→325	
313	¿Actualmente están Ud. o su pareja usando algún método para no quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	→325
314	¿Qué método están Uds. usando?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECTABLES..... 03 IMPLANTES (NORPLANT)..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→323B →324 →317D →318 →323 →324
314A	ENCIERRE "07" PARA ESTERILIZACION FEMENINA		
315	¿Puedo ver la caja de píldoras que Ud. está usando ahora? (ANOTE NOMBRE)	MOSTRO CAJA:..... 1 (NOMBRE) NO MOSTRO CAJA (TIENE)..... 2 NO MOSTRO CAJA (NO TIENE)..... 3	→317

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
316	¿Sabe Ud. el nombre de las píldoras que está usando?	NOMBRE: _____ NO SABE..... 98	
317	¿Cuanto le cuesta un ciclo (caja) de pastillas anticonceptivas?	COSTO EN SOLES..... GRATIS..... 96 NO SABE..... 98	
317A	¿En algún momento del mes pasado, dejó Ud. de tomar la píldora al menos un día?	SI..... 1 NO..... 2 NO TOMO MES ANTERIOR..... 3	→ 317C
317B	¿Por qué dejó de tomarla?	MANCHADO/SANGRADO..... 01 OTRA MOLESTIA..... 02 PERIODO NO LLEGO..... 03 SE ACABARON LAS PILDORAS..... 04 OLVIDO/PERDIO PAQUETE..... 05 RELACIONES ESPORADICAS..... 06 OLVIDO DE TOMAR LAS PILDORAS..... 07 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
317C	¿Que hace si se olvida de tomar la píldora por un día?	TOMA UNA PILDORA AL DIA SIGUIENTE..... 01 TOMA DOS JUNTAS AL DIA SIGUIENTE..... 02 AL DIA SIGUIENTE: - UNA CUANDO RECUERDA Y..... 03 - UNA COMO DE COSTUMBRE..... 04 USA OTRO METODO..... 04 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SE LE OLVIDA..... 97	→ 324
317D	¿Cree Ud. que con la operación que tuvo terminó su capacidad de tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 318
317E	¿Por qué cree Ud. que podría tener más hijos?	REVERSIBLE..... 01 PUEDE FALLAR..... 02 HA ESCUCHADO QUE UNA MUJER TUVO HIJO DESPUES DE SER OPERADA..... 03 CONOCE DE UNA MUJER QUE TUVO HIJO DESPUES DE OPERARSE..... 04 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
318	¿Donde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio? SI EL ESTABLECIMIENTO ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CLINICA, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR E IDENTIFIQUE EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA..... 11 HOSPITAL DEL IPSS..... 14 POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS..... 15 CAMPAÑA/FERIA/JORNADA..... 18 SECTOR PRIVADO CLINICA PRIVADA..... 20 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR..... 24 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG) CLINICA/POSTA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ONG..... 31 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
318C	Antes de la operación ¿recibió (recibieron) consejo sobre este método?	SI, ELLA SOLA..... 1 SI, EL SOLO..... 2 SI, EN PAREJA..... 3 NO..... 4	
321	¿En qué mes y año la (lo) operaron?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
322	VERIFIQUE 321: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ESTERILIZACION ANTES DE ENERO 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1991</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ESTERILIZACION DESPUES DE ENERO 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION</p> </div> </div>		
322A	VERIFIQUE 322: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ESTERILIZACION ANTES DE ENERO 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 334</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ESTERILIZACION DESPUES DE ENERO 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>PASE A 325</p> </div> </div>		
323	¿Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO BILLINGS)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 NINGUN SISTEMA ESPECIFICO..... 05 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→ 324
323B	¿Cuánto tuvo que pagar Ud. por el DIU?	COSTO EN SOLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS..... 996 NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
323C	¿En qué mes y año le insertaron el DIU la última vez?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
323D	¿Cuántos controles se ha hecho desde entonces?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	→ 324A
324	¿En qué mes y año empezó a usar (METODO) la última vez?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
324A	EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, ANOTE EL CODIGO DEL METODO QUE APARECE CIRCULADO EN LA PREGUNTA 314 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES DE USO HASTA LA FECHA EN LA CUAL EMPEZO.		

325	<p>SI LA MUJER NO USA METODO ACTUALMENTE (CODIGO 2 EN 313) ANOTE "0" EN EL MES DE LA ENTREVISTA. SI LA MUJER TUVO UN NACIMIENTO EN EL MES DE LA ENTREVISTA, NO ANOTE "0", CONSERVE "N"</p> <p>PARA TODAS LAS MUJERES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1991. - USE LOS NOMBRES DE LOS HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. <p>Me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros periodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un metodo para evitar quedar embarazada.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 1. PARA INDAGAR POR PERIODOS DE USO Y NO USO. PREGUNTE POR TIPO DE METODO, CUANDO EMPEZO A USAR CONTINUAMENTE. EL FRASEO DEPENDERA DEL TIPO DE SEGMENTO (INTERVALO ABIERTO, CERRADO, ETC.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? - ¿Desde su último nacimiento, hizo usted algo para evitar quedar embarazada? - ¿Antes de quedar embarazada de (NOMBRE) hizo usted algo...? - ¿Antes de que usted empezara a usar (METODO) hizo usted algo...? - ¿Cual fue el último método que usted uso entonces? - ¿Cuándo empezó Ud. a usar ese método entonces? ¿Por cuanto tiempo usó el metodo entonces? - ¿Cuanto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? <p>COLUMNA 2. SI DEJO DE USAR EL METODO, AUN EN CASOS EN LOS CUALES CAMBIO DE METODO, PREGUNTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por que dejó Ud. de usar el método? <p>COLUMNA 2. SI DEJO DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA PREGUNTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (METODO)? <p>ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1</p> <p>COLUMNA 2. SI LA FECHA DE DISCONTINUACION DEL METODO ES MUY PROXIMA AL MOMENTO DEL EMBARAZO, PREGUNTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Usted quedó embarazada mientras usaba (METODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones?
-----	---

327	<p>VERIFIQUE 314:</p> <p>CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO ACTUALMENTE O EL CODIGO "00" SI LA 314 NO SE PREGUNTO.</p> <p>PARA EL CODIGO "96" EN LA 314 COPIE EL NOMBRE DEL METODO</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NO SE PREGUNTO.....</td><td style="text-align: right;">00</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">→ 331</td></tr> <tr><td>PILDORA.....</td><td style="text-align: right;">01</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>DIU.....</td><td style="text-align: right;">02</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>INYECCION.....</td><td style="text-align: right;">03</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>IMPLANTES (NORPLANT).....</td><td style="text-align: right;">04</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>VAGINALES.....</td><td style="text-align: right;">05</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>CONDON.....</td><td style="text-align: right;">06</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>ESTERILIZACION FEMENINA.....</td><td style="text-align: right;">07</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>ESTERILIZACION MASCULINA.....</td><td style="text-align: right;">08</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">→ 334</td></tr> <tr><td>ABSTINENCIA PERIODICA.....</td><td style="text-align: right;">09</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>RETIRO.....</td><td style="text-align: right;">10</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">→ 332</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td style="text-align: right;">96</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	NO SE PREGUNTO.....	00	→ 331	PILDORA.....	01		DIU.....	02		INYECCION.....	03		IMPLANTES (NORPLANT).....	04		VAGINALES.....	05		CONDON.....	06		ESTERILIZACION FEMENINA.....	07		ESTERILIZACION MASCULINA.....	08	→ 334	ABSTINENCIA PERIODICA.....	09		RETIRO.....	10	→ 332	OTRO.....	96		(ESPECIFIQUE)		
NO SE PREGUNTO.....	00	→ 331																																							
PILDORA.....	01																																								
DIU.....	02																																								
INYECCION.....	03																																								
IMPLANTES (NORPLANT).....	04																																								
VAGINALES.....	05																																								
CONDON.....	06																																								
ESTERILIZACION FEMENINA.....	07																																								
ESTERILIZACION MASCULINA.....	08	→ 334																																							
ABSTINENCIA PERIODICA.....	09																																								
RETIRO.....	10	→ 332																																							
OTRO.....	96																																								
(ESPECIFIQUE)																																									

328	<p>¿Dónde obtuvo Ud. (METODO) la última vez?</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">SECTOR GOBIERNO</td></tr> <tr><td>HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>HOSPITAL DEL IPSS.....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>OTRO GOBIERNO.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> <tr><td colspan="2">SECTOR PRIVADO</td></tr> <tr><td>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>FARMACIA/BOTICA.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MEDICO PARTICULAR.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>OTRO PRIVADO:.....</td><td style="text-align: right;">29</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> <tr><td colspan="2">O.N.G.</td></tr> <tr><td>CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> <tr><td>PROMOTORES DE ONG.....</td><td style="text-align: right;">32</td></tr> <tr><td colspan="2">OTRO:</td></tr> <tr><td>TIENDA/SUPERMERCADO.....</td><td style="text-align: right;">41</td></tr> <tr><td>IGLESIA.....</td><td style="text-align: right;">42</td></tr> <tr><td>AMIGOS/PARENTES.....</td><td style="text-align: right;">43</td></tr> <tr><td>OTRO:.....</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>	SECTOR GOBIERNO		HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....	10	CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	11	PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	12	PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....	13	HOSPITAL DEL IPSS.....	14	POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15	OTRO GOBIERNO.....	19	(ESPECIFIQUE)		SECTOR PRIVADO		HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	20	FARMACIA/BOTICA.....	21	MEDICO PARTICULAR.....	23	OTRO PRIVADO:.....	29	(ESPECIFIQUE)		O.N.G.		CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....	31	PROMOTORES DE ONG.....	32	OTRO:		TIENDA/SUPERMERCADO.....	41	IGLESIA.....	42	AMIGOS/PARENTES.....	43	OTRO:.....	96	(ESPECIFIQUE)	
SECTOR GOBIERNO																																																		
HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD.....	10																																																	
CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	11																																																	
PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....	12																																																	
PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO.....	13																																																	
HOSPITAL DEL IPSS.....	14																																																	
POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS.....	15																																																	
OTRO GOBIERNO.....	19																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																		
SECTOR PRIVADO																																																		
HOSPITAL/CLINICA PRIVADA.....	20																																																	
FARMACIA/BOTICA.....	21																																																	
MEDICO PARTICULAR.....	23																																																	
OTRO PRIVADO:.....	29																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																		
O.N.G.																																																		
CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG.....	31																																																	
PROMOTORES DE ONG.....	32																																																	
OTRO:																																																		
TIENDA/SUPERMERCADO.....	41																																																	
IGLESIA.....	42																																																	
AMIGOS/PARENTES.....	43																																																	
OTRO:.....	96																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A
331	<p>¿Cual es la razón principal por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p> <p>CIRCULE LA RAZON PRINCIPAL</p>	<p>NO EN UNION... 11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES... 21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE... 22</p> <p>MENOPAUSIA/HISTERECTOMIA... 23</p> <p>SUBFECUNDA/INFERTIL... 24</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA... 25</p> <p>DESEA MAS HIJOS... 26</p> <p>EMBARAZADA ACTUALMENTE... 27</p> <p>OPOSICION A USAR</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN... 33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA... 34</p> <p>FATALISTA... 35</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO</p> <p>NO CONOCE METODO... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE/LUGAR... 42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS... 53</p> <p>MUY COSTOSO... 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR... 55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO... 56</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE... 98</p>	<p>336A</p>
332	<p>¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI... 1</p> <p>NO... 2</p>	<p>334</p>
333	<p>¿Cual es ese lugar?</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO... 12</p> <p>PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO... 13</p> <p>HOSPITAL DEL IPSS... 14</p> <p>POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS... 15</p> <p>OTRO GOBIERNO _____ 19</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA... 21</p> <p>MEDICO PARTICULAR... 22</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 29</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>O.N.G.</p> <p>CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG... 31</p> <p>PROMOTOR DE ONG... 32</p> <p>OTRO:</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO... 41</p> <p>IGLESIA... 42</p> <p>AMIGOS/PARIENTES... 43</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
334	¿En los últimos 12 meses la ha visitado alguna trabajadora de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿Ha visitado algún establecimiento o unidad de salud en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→336A
336	¿Alguien de ese centro medico o de salud le ha hablado acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
336A	VERIFIQUE 210: UNO O MAS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIMIENTO <input type="checkbox"/>		→465
338	¿Piensa Ud. que mientras una mujer está lactando aumentan los riesgos de quedar embarazada, disminuyen o no se ven afectados?	AUMENTAN..... 1 DISMINUYEN..... 2 NO SE AFECTAN, IGUALES..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	→401
338A	Cuando una mujer · quiere postergar el siguiente embarazo y · sólo está dando pecho a su bebé, ¿cree usted que el retorno de la menstruación es un indicio o señal para que ella empiece a usar planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
338B	Cuando una mujer · quiere postergar el siguiente embarazo y · sólo está dando pecho a su bebé, ¿cree usted que cuando le empieza a disminuir la leche es un indicio o señal para que ella empiece a usar planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
338C	Cuando una mujer · quiere postergar el siguiente embarazo y · sólo está dando pecho a su bebé, ¿cree usted que cuando el bebé cumple seis meses es un indicio o señal para que ella empiece a usar planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
338D	Cuando una mujer · quiere postergar el siguiente embarazo y · sólo está dando pecho a su bebé, ¿cree usted que cuando el bebé empieza a comer/tomar otros alimentos o líquidos es una señal para que ella empiece a usar planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
340	¿Ud. ha confiado alguna vez en la lactancia como método para evitar embarazos?	SI..... 1 NO..... 2	→401
341	VERIFIQUE 227 y 311: EMBARAZADA O ESTERILIZACION FEMENINA <input type="checkbox"/> TODAS LAS DEMAS <input type="checkbox"/>		→401
342	¿Está Ud. actualmente confiando en la lactancia para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	VERIFIQUE 225: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div> NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">(PASE A 465)</div>																								
402	- ANOTE EN LA TABLA EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991. - HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIMIENTO. (SI HAY MAS DE TRES UTILICE CUESTIONARIOS ADICIONALES). Ahora me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de la salud de todos sus hijos nacidos vivos desde enero de 1991. (Hablemos de cada uno de ellos, uno a uno).																								
403	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">ULTIMO NACIDO VIVO</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">PENULTIMO NACIDO VIVO</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>																
	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO																						
NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>	Nº DE ORDEN <input style="width: 40px;" type="text"/>																						
404	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">NOMBRE</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">NOMBRE</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NOMBRE</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">EN LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">DE LA PREGUNTA 216</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	EN LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE)				DE LA PREGUNTA 216	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>												
	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE																						
EN LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE)																									
DE LA PREGUNTA 216	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																						
405	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">ENTONCES..... 1</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">ENTONCES..... 1</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">ENTONCES..... 1</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿queria quedar embarazada entonces, queria esperar más tiempo o no queria tener (más) hijos?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> (PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> (PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> (PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ESPERAR MAS..... 2</td> <td style="text-align: center;">ESPERAR MAS..... 2</td> <td style="text-align: center;">ESPERAR MAS..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NO MAS..... 3</td> <td style="text-align: center;">NO MAS..... 3</td> <td style="text-align: center;">NO MAS..... 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>		ENTONCES..... 1	ENTONCES..... 1	ENTONCES..... 1	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿queria quedar embarazada entonces, queria esperar más tiempo o no queria tener (más) hijos?	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>		ESPERAR MAS..... 2	ESPERAR MAS..... 2	ESPERAR MAS..... 2		NO MAS..... 3	NO MAS..... 3	NO MAS..... 3		(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>				
	ENTONCES..... 1	ENTONCES..... 1	ENTONCES..... 1																						
Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿queria quedar embarazada entonces, queria esperar más tiempo o no queria tener (más) hijos?	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>																						
	ESPERAR MAS..... 2	ESPERAR MAS..... 2	ESPERAR MAS..... 2																						
	NO MAS..... 3	NO MAS..... 3	NO MAS..... 3																						
	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 407) <input style="width: 40px;" type="text"/>																						
406	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">MESES..... 1</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">MESES..... 1</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">MESES..... 1</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">¿Cuanto tiempo le hubiera gustado esperar?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">AÑOS..... 2</td> <td style="text-align: center;">AÑOS..... 2</td> <td style="text-align: center;">AÑOS..... 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 998</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 998</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 998</td> </tr> </table>		MESES..... 1	MESES..... 1	MESES..... 1	¿Cuanto tiempo le hubiera gustado esperar?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		AÑOS..... 2	AÑOS..... 2	AÑOS..... 2		NO SABE..... 998	NO SABE..... 998	NO SABE..... 998								
	MESES..... 1	MESES..... 1	MESES..... 1																						
¿Cuanto tiempo le hubiera gustado esperar?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																						
	AÑOS..... 2	AÑOS..... 2	AÑOS..... 2																						
	NO SABE..... 998	NO SABE..... 998	NO SABE..... 998																						
407	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">PERSONAL DE SALUD</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">PERSONAL DE SALUD</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">PERSONAL DE SALUD</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Si SI: - ¿A quién acudió Ud.?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">OTRO:..... X</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">OTRO:..... X</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">OTRO:..... X</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">- ¿A alguien más?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(ESPECIFIQUE)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(ESPECIFIQUE)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">NO SE CONTROLÓ..... Y</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">NO SE CONTROLÓ..... Y</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">NO SE CONTROLÓ..... Y</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>		PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE SALUD	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal?	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F	Si SI: - ¿A quién acudió Ud.?	OTRO:..... X	OTRO:..... X	OTRO:..... X	- ¿A alguien más?	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA	NO SE CONTROLÓ..... Y	NO SE CONTROLÓ..... Y	NO SE CONTROLÓ..... Y	CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>
	PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE SALUD																						
Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal?	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA..... F																						
Si SI: - ¿A quién acudió Ud.?	OTRO:..... X	OTRO:..... X	OTRO:..... X																						
- ¿A alguien más?	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)																						
INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA	NO SE CONTROLÓ..... Y	NO SE CONTROLÓ..... Y	NO SE CONTROLÓ..... Y																						
CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>	(PASE A 410) <input style="width: 40px;" type="text"/>																						
407A	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">SECTOR GOBIERNO</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">SECTOR GOBIERNO</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">SECTOR GOBIERNO</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿dónde se controló?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) </td> </tr> </table>		SECTOR GOBIERNO	SECTOR GOBIERNO	SECTOR GOBIERNO	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿dónde se controló?	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F	CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)												
	SECTOR GOBIERNO	SECTOR GOBIERNO	SECTOR GOBIERNO																						
Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿dónde se controló?	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F	HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F																						
CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... O OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																						
408	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">MESES.....</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">MESES.....</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">MESES.....</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> </tr> </table>		MESES.....	MESES.....	MESES.....	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98												
	MESES.....	MESES.....	MESES.....																						
¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																						
	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98																						
409	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">VECES.....</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">VECES.....</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">VECES.....</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> <td style="text-align: center;">NO SABE..... 98</td> </tr> </table>		VECES.....	VECES.....	VECES.....	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98												
	VECES.....	VECES.....	VECES.....																						
¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																						
	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98																						

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
410	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412)* NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412)* NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412)* NO SABE..... 8
411	Durante ese embarazo ¿cuántas veces le pusieron esa vacuna?	VECES..... NO SABE..... 8	VECES..... NO SABE..... 8	VECES..... NO SABE..... 8
412	¿Dónde dió Ud. a luz a (NOMBRE)? IDENTIFIQUE EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE.	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUERTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUERTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 IPSS..... 22 FFAA Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA. 24 PUERTO SALUD MINSA. 25 POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLIN. PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA.... 32 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguien más? TRATE DE INDAGAR EL TIPO DE PERSONA Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES.	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	PERSONAL DE SALUD MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD... E OTRA PERSONA COMADRONA/PARTERA... F FAMILIAR..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
414	Cuando nació (NOMBRE) Ud. tuvo: ¿Trabajo de parto prolongado, es decir contracciones fuertes y regulares que duraron más de 12 horas? ¿Sangrado excesivo después del parto? ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que oía mal? ¿Convulsiones no causadas por fiebre?	SI NO LABOR PROLONGADA.. 1 2 SANGRADO EXCESIVO. 1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2	SI NO LABOR PROLONGADA.. 1 2 SANGRADO EXCESIVO. 1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2	SI NO LABOR PROLONGADA.. 1 2 SANGRADO EXCESIVO. 1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL OLOROSO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2
415	¿(NOMBRE) nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
416	Cuando (NOMBRE) nació era: ¿muy grande, más grande que el promedio, era del tamaño promedio, más pequeño que el promedio, o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2 PROMEDIO..... 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2 PROMEDIO..... 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 MAS GRANDE QUE PROMEDIO..... 2 PROMEDIO..... 3 MAS PEQUEÑO QUE PROMEDIO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
417	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 418A)←
418	¿Cuanto pesó (NOMBRE)? GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNE DE NACIMIENTO. NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNE.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGUN RECUERDA...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
418A	¿(NOMBRE) fue inscrito en la municipalidad? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
419	¿Le volvió la regla después del nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 (PASE A 421)← NO..... 2 (PASE A 422)←		
420	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424)←
421	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla? MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
422	VERIFIQUE 227: ENTREVISTADA EMBARAZADA? NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 424)		
423	¿Ha vuelto Ud. a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425)←		
424	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
425	¿Le dio pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431)←
426	¿Cuanto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE 1 Y ANOTE "00". SI MENOS DE 24 HORAS CIRCULE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MAS DE 24 HORAS CIRCULE 2 Y ANOTE LOS DIAS. DIAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
427	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO? VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)
428	¿Todavía le está dando de lactar (pecho) a (NOMBRE)? SI..... 1 (PASE A 432)← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432)← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 432)← NO..... 2

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
429	¿Durante cuántos meses le dió Ud. de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98
430	¿Por qué dejó de darle de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MADRE ESTABA ENFERMA... 01 LECHE INSUFICIENTE... 02 PROBLEMA DE PEZONES... 03 NIÑO RECHAZO PECHO... 04 EDAD DE DESTETE... 05 QUEDO EMBARAZADA... 06 TRABAJO FUERA DE CASA... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ESTABA ENFERMA... 01 LECHE INSUFICIENTE... 02 PROBLEMA DE PEZONES... 03 NIÑO RECHAZO PECHO... 04 EDAD DE DESTETE... 05 QUEDO EMBARAZADA... 06 TRABAJO FUERA DE CASA... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ESTABA ENFERMA... 01 LECHE INSUFICIENTE... 02 PROBLEMAS DE PEZONES... 03 NIÑO RECHAZO PECHO... 04 EDAD DE DESTETE... 05 QUEDO EMBARAZADA... 06 TRABAJO FUERA DE CASA... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
431	VERIFIQUE 404:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 434) (REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 439A)
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.....	NUMERO DE VECES.....	NUMERO DE VECES.....
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.....	NUMERO DE VECES.....	NUMERO DE VECES.....
434	En el día de ayer o anoche ¿(NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
435	En algún momento de ayer o de anoche se le dió a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos:	SI NO NS AGUA SOLA..... 1 2 8 AGUA AZUCARADA.. 1 2 8 JUGO..... 1 2 8 MATES..... 1 2 8 FORMULAS PARA BEBES..... 1 2 8 LECHE EN POLVO.. 1 2 8 LECHE FRESCA... 1 2 8 LECHE EVAPORADA. 1 2 8 ALGUN OTRO LIQUIDO..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE CEREAL..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE TUBERCULOS... 1 2 8 HUEVOS, PESCADO, POLLO..... 1 2 8 CARNE..... 1 2 8 CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA..... 1 2 8 AGUA AZUCARADA.. 1 2 8 JUGO..... 1 2 8 MATES..... 1 2 8 FORMULAS PARA BEBES..... 1 2 8 LECHE EN POLVO.. 1 2 8 LECHE FRESCA... 1 2 8 LECHE EVAPORADA. 1 2 8 ALGUN OTRO LIQUIDO..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE CEREAL..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE TUBERCULOS... 1 2 8 HUEVOS, PESCADO, POLLO..... 1 2 8 CARNE..... 1 2 8 CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. 1 2 8	SI NO NS AGUA SOLA..... 1 2 8 AGUA AZUCARADA.. 1 2 8 JUGO..... 1 2 8 MATES..... 1 2 8 FORMULAS PARA BEBES..... 1 2 8 LECHE EN POLVO.. 1 2 8 LECHE FRESCA... 1 2 8 LECHE EVAPORADA. 1 2 8 ALGUN OTRO LIQUIDO..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE CEREAL..... 1 2 8 COMIDA HECHA DE TUBERCULOS... 1 2 8 HUEVOS, PESCADO, POLLO..... 1 2 8 CARNE..... 1 2 8 CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.. 1 2 8

		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
436	VERIFIQUE 435: AYER SE LE DIO ALIMENTO O LIQUIDO?	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/>	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/>	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/>	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/>	"SI" EN UNO O MAS <input type="checkbox"/>	"NO/NS" EN TODOS <input type="checkbox"/>
		(PASE A 438)		(PASE A 438)		(PASE A 438)	
436A	VERIFIQUE 42B PARA VER SI TODAVIA LE DA PECHO	"SI" <input type="checkbox"/>	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>	"SI" <input type="checkbox"/>	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>	"SI" <input type="checkbox"/>	"NO"/NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>
		(PASE A 437)		(PASE A 437)		(PASE A 437)	
436B	Además de la lactancia, ¿cuántas veces comió ayer (NOMBRE) incluyendo tanto las comidas principales como otras? SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... (PASE A 438)	NUMERO DE VECES..... (PASE A 438)	NUMERO DE VECES..... (PASE A 438)	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8
437	¿Cuántas veces comió ayer (NOMBRE), incluyendo tanto las comidas principales como otras? SI 7 O MAS VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8
438	Cuantos días de la última semana se le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente: - ¿Agua sola? - ¿Cualquier tipo de leche (distinta a la leche materna)? - ¿Otros líquidos? ¿Comida hecha de cereal (maíz, soya, avena, arroz etc.)? ¿Comida hecha de tubérculos (plátano, yuca, camote etc.)? ¿Huevos, pescado, pollo? ¿Carne? ¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....	REGISTRE EL NUMERO DE DIAS SI NO SABE, ANOTE "8" AGUA SOLA..... LECHE..... OTROS LIQUIDOS..... COMIDA HECHA DE CEREAL..... COMIDA HECHA DE TUBERCULOS..... HUEVOS, PESCADO, POLLO..... CARNE..... CUALQUIER OTRA COMIDA SOLIDA O SEMISOLIDA.....
439		REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A	REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A	REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A	REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A	REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A	REGRESE A 405 EN LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 439A

SECCION 4B. LACTANCIA Y ANTICONCEPCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
439A	VERIFIQUE 216: ULTIMO NIÑO ESTA VIVO: NOMBRE: _____ <input type="checkbox"/>	EL ULTIMO NIÑO ESTA MUERTO <input type="checkbox"/>	440
439C	Desde el inicio del embarazo de (NOMBRE) o después del nacimiento de (NOMBRE) ¿Ud. ha recibido algún consejo sobre la lactancia materna?	SI..... 1 NO..... 2	439G
439D	¿Quién le aconsejó u orientó más sobre la lactancia materna o darle pecho a (NOMBRE)?	MEDICO..... 01 OBSTETRIZ..... 02 ENFERMERA..... 03 SANITARIO..... 04 FARMACEUTICO..... 05 PARTERA..... 06 PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR..... 07 ESPOSO..... 08 MADRE..... 09 HERMANA..... 10 OTRO PARIENTE..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
439E	VERIFIQUE 425: LE DIO PECHO A (NOMBRE) ALGUNA VEZ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		439G
439F	¿Hasta que edad le aconsejaron que diera de lactar (pecho) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
439G	¿Qué es lo primero que se le debe dar al recién nacido?	LECHE MATERNA/CALOSTRO..... 01 AGUA SOLA..... 02 AGUA AZUCARADA..... 03 LECHE MATERINIZADA..... 04 MIEL..... 05 TE, HIERBAS, INFUSIONES..... 06 JUGO..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
439H	¿Cuáles son las ventajas de dar de lactar (pecho) a los bebés? SONDEE: ¿Alguna otra? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ES SENCILLO/FACIL..... A NATURAL..... B BUENA NUTRICION PARA EL BEBE..... C PROTEGE EL BEBE DE ENFERMEDAD..... D POSTERGA SIGUIENTE EMBARAZO..... E SIN MUCHO COSTO..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO HAY VENTAJAS..... Y NO SABE..... Z	
439I	¿Usted cree que dar de lactar (pecho) al bebé causa algún problema de salud a la madre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	439K
439J	¿Qué problemas de salud se le pueden presentar a la madre por dar de lactar (pecho)? SONDEE: ¿Algún otro problema? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	INFECCION DEL SENO..... A PEZONES AGRIETADOS..... B DEFORMACION DEL SENO..... C OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
439K	¿El uso de biberón presenta dificultades/desventajas o problemas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 439M
439L	¿Qué desventajas o problemas presenta el uso del biberón? SONDEE: ¿Algun otro problema? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO DISPONE DE AGUA POTABLE..... A LECHE AGUADA DEBIDO AL ALTO COSTO..... B OTROS PROBLEMAS DEL COSTO..... C DIARREA DEL BEBE..... D COLICO DEL BEBE..... E BEBE NO GANA SUFICIENTE PESO..... F MUCHO TRABAJO..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
439M	¿Desde el inicio del embarazo de (NOMBRE) o después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. ha recibido algún consejo sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 439O
439N	¿Quien le aconsejó sobre el uso de planificación familiar? SONDEE: ¿Alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	MEDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D FARMACEUTICO..... E PARTERA..... F PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR..... G ESPOSO..... H MADRE..... I HERMANA..... J OTRO PARIENTE..... K OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
439O	VERIFIQUE LA PRIMERA COLUMNA DEL CALENDARIO: USO DE ANTICONCEPCION DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO: SI : USO DE _____ (NOMBRE DEL METODO) DESPUES DE _____ MESES DEL ULTIMO NACIMIENTO <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	→ 439S
439P	¿Quién fue la persona que más influyó para que Ud. usara planificación familiar?	MEDICO..... 01 OBSTETRIZ..... 02 ENFERMERA..... 03 SANITARIO..... 04 FARMACEUTICO..... 05 PARTERA..... 06 PROMOTOR(A) DE PLAN. FAMILIAR..... 07 ESPOSO..... 08 MADRE..... 09 HERMANA..... 10 OTRO PARIENTE..... 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
439Q	¿A que se debe que Ud. empezara a usar planificación familiar a los (VEA 439O) _____ meses del nacimiento de su último hijo y no antes o después?	REANUDO RELACIONES SEXUALES..... 01 REANUDO LA MENSTRUACION..... 02 TERMINO/CAMBIO LACTANCIA..... 03 CAMBIO EN EL DESEO DE TENER MAS HIJOS.. 04 MENSAJE DE RADIO/TELEVISION..... 05 POR RECOMENDACION..... 06 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
439R	¿Por qué decidió Ud. usar (METODO)?	EFICACIA DEL METODO.....01 EXPERIENCIA PREVIA.....02 NO INTERFIERE CON LA LACTANCIA MATERNA. 03 SEGURIDAD DEL METODO.....04 MENSAJE DE RADIO/TELEVISION.....05 MAS BARATO QUE OTROS METODOS.....06 FUE RECOMENDADO.....07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
439S	¿Cree Ud. que hay metodos de planificacion familiar que no son de uso apropiado para una mujer que esta lactando (dando pecho).	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→440
439T	¿Cuales son esos metodos? SONDEE: ¿Algun otro metodo? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	PILDORA.....A MINI PILDORA.....B DIU.....C INYECTABLES.....D IMPLANTES (NORPLANT).....E VAGINALES.....F CONDON.....G ESTERILIZACION FEMENINA.....H ESTERILIZACION MASCULINA.....I ABSTINENCIA PERIODICA.....J RETIRO.....K OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

SECCION 4C. INMUNIZACION Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL → ☐

440 - ANOTE EL NUMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICION DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1991. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE TRES NACIMIENTOS UTILICE UN CUESTIONARIO ADICIONAL).			
441	NUMERO DE ORDEN EN LA PREGUNTA 212	ULTIMO NACIDO VIVO Nº DE ORDEN..... <input type="text"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO Nº DE ORDEN..... <input type="text"/>
442	- VEA LA PREGUNTA 212 (VEA NOMBRE) - VEA LA PREGUNTA 216 →	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 465)	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A LA PROXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 465)
443	¿Tiene Ud. la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SI, VISTA..... 1 (PASE A 445) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 447) ← SIN TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 445) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 447) ← SIN TARJETA..... 3
444	¿Tuvo Ud. alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 447) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 447) ← NO..... 2
445	1) COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COL. DIA, SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO SE ANOTO LA FECHA. BCG? POLIO 0? (al nacimiento) POLIO 1? POLIO 2? POLIO 3? DPT 1? DPT 2? DPT 3? SARAMPION?	DIA MES AÑO BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 S	DIA MES AÑO BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 S
446	¿(NOMBRE) recibió otras dosis de estas vacunas que no están anotadas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 0-3, DPT 1-3, Y/O SARAMPION.	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DIA EN 445) NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DIA EN 445) NO..... 2 NO SABE..... 8
446A	(PASE A 449)	(PASE A 449)	(PASE A 449)

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
447	¿Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle contra las enfermedades?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449)..... NO SABE..... 8
448	Por favor dígame si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:			
448A	¿Una vacuna BCG contra la tuberculosis, es decir, una inyección en el brazo o el hombro derecho que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448B	¿Recibió una vacuna contra la polio, es decir, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448E)..... NO SABE..... 8
448C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
448D	¿Cuándo se le dió la primera vacuna para la polio: inmediatamente, después del nacimiento o más tarde?	INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2	INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2	INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO..... 1 MAS TARDE..... 2
448E	¿Recibió la vacuna DPT, es decir, una inyección usualmente aplicada al mismo tiempo con las gotas de la polio?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448G)..... NO SABE..... 8
448F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>	No. DE VECES..... <input type="text"/>
448G	¿Recibió una inyección en el hombro izquierdo para prevenir el sarampión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
449	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, incluyendo hoy?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
450	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454)..... NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454)..... NO SABE..... 8
451	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado o tenía dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
452	¿Buscó Ud. consejo o tratamiento para la tos?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454).....	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454).....	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 454).....

		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
453	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? SONDEE: ¿En alguna otra parte, o vió a alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR... J FARMACIA/BOTICA.... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR... J FARMACIA/BOTICA.... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/ POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR... J FARMACIA/BOTICA.... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
454	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las ultimas 2 semanas, incluyendo hoy?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464)* NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464)* NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 464)* NO SABE..... 8
455	¿Hubo sangre en la deposición (en la materia fecal)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
456	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES.... <input type="text"/> NO SABE..... 98
457	Durante la diarrea, ¿le dio Ud. a (NOMBRE) de tomar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de líquidos que le daba antes de la diarrea?	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8
458	Durante la diarrea, ¿le dió de comer a (NOMBRE) igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de alimentos sólidos que le daba antes de la diarrea?	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8	IGUAL..... 1 MAS..... 2 MENOS..... 3 NO SABE..... 8

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
459	Durante la diarrea le dió a (NOMBRE): - ¿Un líquido preparado de un paquete especial (sales de rehidratación oral, salvadora)? - ¿Líquido preparado con arroz, cereal, tubérculos, frutas? - ¿Sopa/caldo? - ¿Te, mates/infusión sin azúcar? - ¿Te, mates/infusiones con azúcar, gaseosas azucaradas, líquidos con cafeína? - ¿Leche o fórmula para bebés? - ¿Preparación de yogurt? - ¿Agua? - ¿Otros líquidos?	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8 SOPA/CALDO.....1 2 8 TE, MATES INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8 MATES AZUCARADOS/GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA...1 2 8 LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8 YOGURT.....1 2 8 AGUA.....1 2 8 OTROS LIQUIDOS...1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8 SOPA/CALDO.....1 2 8 TE/MATES/INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8 MATES AZUCARADOS/GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA...1 2 8 LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8 YOGURT.....1 2 8 AGUA.....1 2 8 OTROS LIQUIDOS...1 2 8	SI NO NS SALES DE REHIDRATACION, SALVADORA.....1 2 8 LIQUIDO CON ARROZ/CEREAL...1 2 8 SOPA/CALDO.....1 2 8 TE/MATES/INFUSION SIN AZUCAR.....1 2 8 MATES AZUCARADOS/GASEOSAS CON AZUCAR, LIQUID. CON CAFEINA...1 2 8 LECHE/FORMULA PARA BEBES.....1 2 8 YOGURT.....1 2 8 AGUA.....1 2 8 OTROS LIQUIDOS...1 2 8
460	¿Le dieron algo (más) para tratar la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 462)← NO SABE.....8
461	¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICOS..... A INYECCION..... B INTRAVENOSA..... C REMEDIOS CASEROS/MEDICINA DE HIERBAS. D ANTIDIARREICOS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
462	¿Buscó Ud. consejo o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 464)←
463	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? SONDEE: ¿En alguna otra parte o vió a alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G URO COMUNAL..... H SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G URO COMUNAL..... H SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A IPSS..... B FFAA Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA.. D PUESTO SALUD MINSA.. E POLICLINICO/CENTRO/POSTA IPSS..... F PROMOTOR SALUD..... G URO COMUNAL..... H SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... I BOTIQUIN POPULAR.... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
464		REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.	REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.	REGRESE A 442 EN LA PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS NACIMIENTOS PASE A 465.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
465	Cuando una niña o un niño tiene diarrea ¿se le debería dar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de líquidos que lo usual?	IGUAL..... 1 MAS CANTIDAD..... 2 MENOS CANTIDAD..... 3 NO SABE..... 8	
466	Cuando una niña o un niño tiene diarrea ¿se le debería dar igual cantidad, más cantidad, o menos cantidad de comida que lo usual?	IGUAL..... 1 MAS CANTIDAD..... 2 MENOS CANTIDAD..... 3 NO SABE..... 8	
467	Cuando una niña o un niño está enfermo con diarrea, ¿qué síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a un establecimiento de salud? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS..... A VOMITO REPETIDO..... B SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... C FIEBRE..... D NO COME/NO BEBE BIEN..... E SI NO HAY MEJORIA..... F DESHIDRATACION..... G SED PRONUNCIADA..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
468	Cuando una niña o niño está enfermo con tos, ¿qué síntomas le indican a Ud. que debe llevarlo al médico o a un establecimiento de salud? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RESPIRACION AGITADA..... A DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B RESPIRACION RUIDOSA..... C FIEBRE..... D INCAPAZ DE BEBER..... E NO COME/NO BEBE BIEN..... F SE SIENTE MAS ENFERMO/MUY ENFERMO..... G SI NO HAY MEJORIA..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
468A	Si una niña o niño tiene tos y presenta respiración agitada o rápida, ¿Que acción tomaría Ud.? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESPERAR UNOS DIAS PARA VER QUE PASA.... A DARLE BEBIDAS CALIENTES..... B DARLE ALGUN REMEDIO YA TOMADO ANTES.... C FROTARLE EL PECHO O ESPALDA CON ALGUN REMEDIO..... D ABRIGARLO BIEN..... E BUSCAR AYUDA EN LA FARMACIA..... F BUSCAR AYUDA DE UN MEDICO..... G LLEVARLO A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... H OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
468B	Cuando una niña o niño tiene tos puede tener neumonía/pulmonía. ¿Como reconocería Ud. la neumonía/pulmonía? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RONCA EL PECHO..... A RESPIRACION RAPIDA O AGITADA,CANSANCIO. B FIEBRE..... C SE LE HUNDE EL PECHO..... D DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E NO QUIERE COMER..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
469	VERIFIQUE 459, TODAS LAS COLUMNAS: NINGUN NIÑO(A) RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/>	ALGUN NIÑO(A) RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL <input type="checkbox"/>	→471
470	¿Ha oído Ud. de algún producto especial llamado sales de rehidratación oral (Salvadora) que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
471	VERIFIQUE 410, TODAS LAS COLUMNAS: NINGUNA VEZ RECIBIO VACUNA ANTITETANICA <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTO	SI RECIBIO VACUNA ANTITETANICA <input type="checkbox"/>	→473
472	En los últimos cinco años, ¿le han aplicado a Ud. una vacuna contra el tétano?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→474
473	¿Cuántas veces ha recibido la vacuna contra el tétano en los últimos cinco años?	NUMERO..... <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
474	¿Ha oído o escuchado de una prueba de papanicolao? (Es decir un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2	→476
475	¿Le hicieron una prueba de papanicolao en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
476	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 5. NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS.	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">SI NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 MARIDO/CONYUGE..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
502	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SI, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNION..... 3	→ 507
503	¿Actualmente tiene Ud. una pareja? Me refiero a alguien con quien mantiene relaciones sexuales permanentemente u ocasionalmente. ¿O no tiene pareja?	PAREJA SEXUAL PERMANENTE..... 1 PAREJA SEXUAL OCASIONAL..... 2 NO TIENE PAREJA SEXUAL..... 3	
504	¿Anteriormente ha estado Ud. casada o ha convivido?	SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, CONVIVIO..... 2 NO..... 3	→ 506 → 511
505	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA MES HASTA ENERO DE 1991.		
505A	PASE A 515F		
506	¿Actualmente es Ud. viuda, divorciada o separada?	VIUDA..... 1 DIVORCIADA..... 2 SEPARADA..... 3	→ 511
507	¿Su esposo/compañero vive con Ud. ahora o vive en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
511	¿Ud. ha convivido o se ha casado sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	
512	VERIFIQUE 511: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/UNIDA SOLO UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/UNIDA MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?</p> </div> </div>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	→ 514
513	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	<p>- DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1991. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1991.</p> <p>- PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTAN CASADAS O EN UNION O CON MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE EMPEZO A VIVIR CON SU PAREJA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACION/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIO DE CUALQUIER UNION SUBSIGUIENTE.</p> <p>- PARA MUJERES CON MAS DE UNA UNION: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNION ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL INICIO Y TERMINO DE OTRAS UNIONES.</p>		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A								
514A	VERIFIQUE 502: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA O CONVIENDO </div> <div style="text-align: center;"> NO CASADA/CONVIENDO </div> </div>		515F								
515	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compañero?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> HACE: DIAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 996 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>									
515A	VERIFIQUE 301 Y 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CONOCE CONDON </div> <div style="text-align: center;"> NO CONOCE CONDON </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compañero, él utilizó condón? </div> <div style="width: 45%;"> Algunos hombres usan un condón, es decir un objeto de látex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compañero, él utilizó condón? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 </div> </div>									
515B	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona, aparte de su esposo/compañero?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI..... 1 NO..... 2 </div> </div>	→ 517								
515C	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con alguna otra persona?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> HACE: DIAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 996 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>									
515D	¿Utilizó él un condón en esa ocasión?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI..... 1 NO..... 2 NO SABE, NO RECUERDA..... 8 </div> </div>									
515E	En los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes personas ha tenido Ud. relaciones sexuales, aparte de su esposo/compañero?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> NUMERO DE PERSONAS..... NO SABE..... 98 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>			→ 517						

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A
515F	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar.</p> <p>¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?</p> <p>Si es SI: ¿Cuándo fue la última vez?</p>	<p>NUNCA..... 000 → 608</p> <p>HACE: DIAS..... 1 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/></p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO..... 996</p>	
515G	<p>VERIFIQUE 301 Y 302:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su pareja, él utilizó condón?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Algunos hombres usan un condón, es decir un objeto de látex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su pareja, él utilizó condón?</p> </div> </div>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
515H	<p>VERIFIQUE 515F:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>TUVO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>HACE MAS DE 12 MESES QUE TUVO SU ULTIMA RELACION SEXUAL <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 517
515I	<p>En los últimos 12 meses, ¿ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona, aparte de su pareja?</p> <p>Si es SI: ¿Con cuántas?</p> <p>Si es NO: ANOTE "00"</p>	<p>NUMERO DE PERSONAS..... <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	
517	<p>¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 519</p>	
518	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)</p>	<p>SECTOR GOBIERNO</p> <p>HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 12</p> <p>PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 13</p> <p>HOSPITAL DEL IPSS..... 14</p> <p>POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS..... 15</p> <p>OTRO GOBIERNO:..... 19</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 20</p> <p>FARMACIA/BOYICA..... 21</p> <p>MEDICO PARTICULAR..... 23</p> <p>OTRO PRIVADO:..... 29</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG)</p> <p>CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG..... 31</p> <p>PROMOTOR DE ONG..... 32</p> <p>OTRO:</p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... 41</p> <p>IGLESIA..... 42</p> <p>AMIGOS/PARIENTES..... 43</p> <p>AMBULANTES Y OTRO COMERCIO..... 44</p> <p>OTRO:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
519	<p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>EDAD..... <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO..... 96</p>	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 314: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> EL O ELLA HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> </div> </div>		612
602	VERIFIQUE 227: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. ¿le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ninguno (más)? </div> <div style="width: 45%;"> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ Ahora le haré algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos? </div> </div>	TENER (UN/OTRO) HIJO..... 1 NO MAS/NINGUNO..... 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 INDECISA/NO SABE..... 8	606 604
603	VERIFIQUE 227: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora para tener un (otro) hijo? </div> <div style="width: 45%;"> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde el nacimiento del hijo que está esperando antes de tener otro hijo? </div> </div>	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUES DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	606
604	VERIFIQUE 227: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> </div> </div>		607
605	Si Ud. llegara a quedar embarazada en las próximas semanas, ¿se sentiría bien, se sentiría mal, o no le preocuparía?	SE SENTIRIA BIEN..... 1 SE SENTIRIA MAL..... 2 NO LE PREOCUPARIA..... 3	
606	VERIFIQUE 313: ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> NO SE LE PREGUNTO <input type="checkbox"/> </div> </div>	SI: <input type="checkbox"/>	612
607	¿Ud. cree que va a usar un método para no quedar embarazada dentro de los próximos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	609
608	¿Ud. cree que va a usar un método en algún momento en el futuro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	610
609	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECCION..... 03 IMPLANTES (NORPLANT)..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA/AUN NO SABE..... 98	612

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
610	<p>¿Cuál es la razón principal por la que Ud. cree que no intentará usar un método en el futuro?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA RESPUESTA</p>	<p>NO UNIDA..... 11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23</p> <p>SUBFECUNDA/INFERTIL..... 24</p> <p>DESEA MAS HIJOS..... 26</p> <p>OPOSICION A USAR:</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA..... 34</p> <p>FATALISTA..... 35</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE METODO..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42 → 612</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53</p> <p>CUESTA DEMASIADO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE DE USAR..... 55</p> <p>INTERFIEREN CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56</p> <p>OTRA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
611	¿Ud. usaria un método si estuviera casada/o en unión?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
612	<p>VERIFIQUE 216:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE</p>	<p>NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96 → 614</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
613	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres, o no le importaría?	<p>MUJERES</p> <p>NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>HOMBRES</p> <p>NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>CUALQUIERA</p> <p>NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
614	En general, ¿Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen algún método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
615	Ud. está de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar: - ¿En la radio? - ¿En la televisión?	SI NO NS RADIO..... 1 2 8 TELEVISION..... 1 2 8	
616	Ha oído o leído, en los 12 últimos meses, algún mensaje sobre planificación familiar: - ¿En la radio? - ¿En la televisión? - ¿En el periódico o revista? - ¿En un afiche? - ¿En un volante o panfleto?	SI NO RADIO..... 1 2 TELEVISION..... 1 2 PERIODICO/REVISTA..... 1 2 AFICHE/POSTER..... 1 2 VOLANTE/PANFLETO..... 1 2	
616A	VERIFIQUE 616: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NO UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> → 618		
616B	Alguno de los mensajes sobre planificación familiar le ayudó a: (LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS) - ¿tener mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos? - ¿tener mejor opinión sobre métodos anticonceptivos? - ¿pensar en usar un método anticonceptivo? - ¿dejar de usar un método? - ¿acudir a un establecimiento de salud que brinde servicios de planificación familiar?	SI NO TENER MAYOR CONOCIMIENTO..... 1 2 TENER MEJOR OPINION..... 1 2 PENSAR EN USAR UN METODO..... 1 2 DEJAR DE USAR UN METODO..... 1 2 ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO..... 1 2	
618	En los últimos 12 meses ¿Ud. ha comentado con alguna persona acerca de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 620	
619	¿Con quien ha comentado? ¿Con alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G AMIGAS..... H OTROS PARIENTES..... I PERSONAL DE SALUD..... J CONFERENCIAS, CURSOS, CHARLAS..... K OTRA:..... x (ESPECIFIQUE)	
620	VERIFIQUE 502: SI, ACTUALMENTE CASADA/ CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> NO, NO EN UNION <input type="checkbox"/> → 701		
621	Los esposos/compañeros no siempre están de acuerdo sobre algo. Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/compañero sobre planificación familiar. ¿Ud. piensa que su esposo/compañero aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8	
622	¿Con qué frecuencia Ud. y su esposo/compañero hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA HAN HABLADO..... 1 UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3	
623	¿Ud. piensa que su esposo/compañero desea el mismo número de hijos que Ud., él quiere más o quiere menos que Ud.?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																				
701	VERIFIQUE 502 Y 504: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> SI ACTUALMENTE CASADA/ CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> SI, ESTUVO CASADA/ CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div>		703 708A																				
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD <input style="width: 40px;" type="text"/>																					
703	¿Su esposo/compañero alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706																				
704	Educación: - ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que él asistió? - ¿Cuál fue el año más alto que él aprobó en ese nivel? AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	PRIMARIA.....	1	SECUNDARIA.....	2	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4									
CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO																						
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0																						
PRIMARIA.....	1																						
SECUNDARIA.....	2																						
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3																						
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4																						
706	¿Cuál es/era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, qué clase de trabajo hace/hacía él principalmente? INDAGUE: Qué cosas hace/hacía, que tareas realiza/realizaba principalmente en su trabajo?	<input style="width: 40px;" type="text"/> 																					
707	VERIFIQUE 706: TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	708A																				
708	¿Su esposo/compañero trabaja/trabajó principalmente en tierra propia, tierra de la familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																					
708A	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia laboral. ¿Qué hizo Ud. la semana pasada? SI BUSCO TRABAJO, INDAGUE: ¿Buscó trabajo por primera vez o trabajó antes?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>TRABAJO.....</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>NO TRABAJO, PERO TENIA TRABAJO.....</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>BUSCO TRABAJO, PERO TRABAJABA ANTES.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>ESTUDIABA.....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>VIVIA DE SU PENSION O JUBILACION.....</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>ES RENTISTA.....</td> <td style="text-align: center;">08</td> </tr> <tr> <td>OTRO: _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>	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: _____	96	(ESPECIFIQUE)		712 711 710A 711
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: _____	96																						
(ESPECIFIQUE)																							
710	VERIFIQUE 708A: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR <input type="checkbox"/> <p>Algunas mujeres, además de ocuparse de las labores del hogar, trabajan en algo por lo cual les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada ¿realizó Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabajó con algún familiar sin pago alguno?</p> </div> <div style="width: 45%;"> ESTUDIABA <input type="checkbox"/> <p>Algunas mujeres, además de estudiar, trabajan en algo por lo cual les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada ¿realizó Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabajó con algún familiar sin pago alguno?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	712 711																				

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
710A	Algunas mujeres, además de ocuparse de las labores domésticas de su hogar, realizan algo por lo cual le pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un negocio o trabajan con la familia. En la semana pasada ¿realizó Ud. alguna actividad o cachuelo por el que le pagaron o le van a pagar en dinero o en especie; o trabajó con algún familiar sin pago alguno?	SI..... 1 NO..... 2	→712 →711
711	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→726
712	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña Ud. INDAGUE: ¿Qué cosas hizo, que tareas realizó Ud. principalmente en su trabajo?		
713	VERIFIQUE 712: TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	→715
714	¿Ud. trabaja/trabajó principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5	
715	¿Ud. hace/hizo este trabajo para alguien de su familia, para otros o trabaja/trabajó por cuenta propia?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA OTROS..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
716	Generalmente ¿Ud. trabaja durante todo el año, trabaja por épocas o temporadas o sólo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO..... 1 POR EPOCAS/TEMPORADAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	→718 →719
717	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES.....	
718	(En los meses en que Ud. trabajó), ¿cuántos días a la semana generalmente trabajó?	NUMERO DE DIAS.....	→720
719	Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS.....	
720	¿Ud. recibe dinero o gana plata por su trabajo? INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	→723
721	¿Generalmente cuánto dinero gana por su trabajo? INDAGUE: ¿Cada cuánto tiempo?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 123456 </div> POR HORA..... 1 POR DIA..... 2 POR SEMANA..... 3 POR QUINCENA..... 4 POR MES..... 5 POR AÑO..... 6 OTRO: _____ 9999996 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
722	VERIFIQUE 502: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> SI, ACTUALMENTE CASADA/CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> NO, NO EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Quién decide principalmente cómo gastar el dinero que Ud. gana: - ¿Usted sola? - ¿Esposo/compañero solo? - ¿Ambos? - ¿Otra persona? </div> <div style="width: 45%;"> Quién decide principalmente cómo gastar el dinero que Ud. gana: - ¿Usted sola? - ¿Usted y otra persona? - ¿Otra persona? </div> </div>	ENTREVISTADA DECIDE 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS DECIDEN 3 OTRA PERSONA DECIDE..... 4 ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA DECIDEN..... 5	
723	¿Ud. usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR 1 FUERA DEL HOGAR 2	
724	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGUN HIJO DE CINCO AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI <input type="checkbox"/></div> <div>NO <input type="checkbox"/></div> </div>		726
725	¿Quién cuida generalmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR) mientras Ud. trabaja?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMESTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO INSTITUCIONAL..... 10 NO HA TRABAJADO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO..... 95 OTRO: _____ 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
726	Ahora hablaremos sobre un tema diferente. ¿Ud. ha vivido solamente en una localidad o en más de una localidad desde enero de 1991?	UNA LOCALIDAD..... 1 MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2	728
727	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD ("1" PARA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO, "2" PARA CIUDAD, "3" PARA PUEBLO, "4" PARA CAMPO Y "5" PARA EL EXTRANJERO. EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1991.		
727A	PASE A 801A		
728	¿En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)? EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE LOCALIDAD ("1" CAPITAL DE DEPARTAMENTO, "2" CIUDAD, "3" PUEBLO, "4" CAMPO Y "5" PARA EL EXTRANJERO). CONTINUE INDAGANDO POR LOCALIDADES PREVIAS, ANOTE LOS TRASLADOS Y TIPOS DE LOCALIDADES. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - ¿Dónde vivió Ud. antes de ...? - ¿En que mes y año llegó allí? - ¿El lugar es capital del departamento, una ciudad, pueblo o en el campo?		

SECCION 8. EL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
801A	¿Ha escuchado Ud. de enfermedades que se pueden contagiar sexualmente?	SI..... 1 NO..... 2	→ 801L
801B	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO W (Especifique) OTRO X (Especifique) NO SABE..... Z	
801C	VERIFIQUE 515 Y 515F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 801K
801D	Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. ha tenido alguna de esas enfermedades?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 801JA
801E	¿Cuáles de esas enfermedades ha tenido Ud.? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO W (Especifique) OTRO X (Especifique) NO SABE..... Z	
801F	La última vez que tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 801E) ¿buscó tratamiento o consejo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 801H
801G	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? ¿En alguna otra parte o vió a alguien más? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A CENTRO DE SALUD MINSA..... B PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... D HOSPITAL DEL IPSS..... E POLICLINICO/ CENTRO /POSTA MEDICA DEL IPSS..... F OTRO GOBIERNO: J (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... K FARMACIA/BOTICA..... L MEDICO PARTICULAR..... M OTRO PRIVADO: R (ESPECIFIQUE) O.N.G. CLINICA DE PLAN. FAMILIAR DE ONG..... S PROMOTOR DE ONG..... T OTRO CURANDERO..... V OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
801H	¿Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 801E) le comunicó a su(s) compañero(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2	
801I	¿Cuando tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 801E) hizo algo para evitar que se infectara su(s) compañero(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 PAREJA YA ESTUVO INFECTADO..... 3	→ 801JA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
801J	¿Qué hizo Ud. para no infectarlo? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	EVITO LAS RELACIONES SEXUALES..... A UTILIZO CONDONES..... B TOMO MEDICINAS..... C OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
801JA	¿Podría Ud. reconocer si su pareja o cónyuge tiene una enfermedad sexual?	SI..... 1 NO..... 2	→ 801K
801JB	¿Cómo reconocería una enfermedad sexual en su pareja o cónyuge? SONDEE: ¿Alguna otra cosa? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ULCERA GENITAL..... A SECRECION/FLUJO URETRAL..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ Z (ESPECIFIQUE)	
801K	VERIFIQUE 801A Y 801B: NO MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/> MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/>		→ 802
801L	¿Ha escuchado de una enfermedad que se llama SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811C
802	¿De qué fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELICULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS.. L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
802B	¿Cómo se contagia (infecta) una persona con el SIDA? ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS. B RELACIONES CON PROSTITUTAS..... C NO UTILIZACION DEL CONDON..... D RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F INYECCIONES..... G BESANDO..... H PICADURAS DE ZANCUDOS/MOSQUITOS..... I OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
803	¿Hay algo que una persona puede hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 807

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
804	¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA? ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ABSTENERSE DEL SEXO..... B USAR CONDONES DURANTE EL SEXO..... C TENER UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... D EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR INYECCIONES..... H EVITAR LOS BESOS..... I EVITAR PICADURAS DE MOSQUITOS..... J BUSCAR PROTECCION/AYUDA DE CURANDERO TRADICIONAL..... K CONOCER HISTORIA SEXUAL COMPAÑERO..... L EVITAR RELACIONES CON INFECTADOS..... M EVITAR CONTACTO CON PERSONAS U OBJETOS INFECTADOS..... N EXIGIR SANGRE GARANTIZADA EN TRANSFUSIONES..... O EVITAR CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES.. P NO COMPARTIR JERINGAS NI AGUJAS..... Q EXIGIR INSTRUMENTOS Y MATERIALES ESTERILIZADOS A PERSONAL MEDICO..... R OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
807	¿Es posible que una persona que parece saludable tenga el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	¿Ud. cree que la gente que tiene SIDA muere a causa de esta enfermedad, rara vez muere o no necesariamente muere de esta enfermedad?	MUERE A CAUSA (SIEMPRE)..... 1 RARA VEZ (A VECES)..... 2 NO NECESARIAMENTE (CASI NUNCA)..... 3 NO SABE..... 8	
808A	¿Se puede curar el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808B	¿Se puede transmitir el SIDA de la madre al niño durante el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808C	¿Conoce Ud. personalmente a alguien que tiene SIDA o que ha muerto con el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	¿Piensa Ud. que sus riesgos de adquirir el SIDA son altos, moderados, mínimos o no tiene ningún riesgo?	ALTOS..... 1 MODERADOS..... 2 MINIMOS..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	→ 809C → 811A
809B	¿Por qué cree que tiene (NINGUN/MINIMO) riesgo de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ABSTIENE DEL SEXO..... B UTILIZA CONDONES..... C TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... D TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES..... E ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL... F NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... G EVITA TRANSFUSIONES DE SANGRE..... H EVITA INYECCIONES..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	→ 811A
809C	¿Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDONES..... C TIENE MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... D TIENE MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... E ESPOSO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... F TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... G TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... H TUVO INYECCIONES..... I OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
811A	Desde que Ud. empezó a oír hablar del SIDA ¿ha cambiado su conducta para prevenir el contagio del SIDA? SI ES AFIRMATIVO: - ¿Qué ha hecho? - ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDOMES..... C RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... E SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DEL COMPAÑERO..... F DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... G HABLO CON ESPOSO SOBRE EL PELIGRO Y EXIGE FIDELIDAD..... H EVITO LAS INYECCIONES..... I OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y	→ 811C
811B	El haber oído hablar del SIDA ¿ha afectado su decisión sobre tener relaciones sexuales o ha cambiado su conducta sexual? SI ES AFIRMATIVO: - ¿Qué ha hecho? - ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDOMES..... C RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D REDUJO EL NUMERO DE COMPAÑEROS..... E SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DEL COMPAÑERO..... F DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... G HABLO CON ESPOSO SOBRE EL PELIGRO Y EXIGE FIDELIDAD..... H OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y NO SABE..... Z	
811C	¿Ha escuchado Ud. que alguna persona utilice condón durante las relaciones sexuales para evitar contraer el SIDA u otra enfermedad transmitida sexualmente?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811F
811D	VERIFIQUE 515 Y 515F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 901
811E	Es posible que hayamos hablado de esto antes. ¿Alguna vez ha usado condón para evitar contraer o transmitir enfermedades sexuales, como el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
811F	A algunas personas les ofrecen dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales. ¿Usted se ha encontrado en esa situación en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 901
811G	En los últimos 12 meses, ¿usted aceptó dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 9. MORTALIDAD MATERNA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
901	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas y hermanos, esto es, todos los hijos que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que aun viven con usted, aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron.</p> <p>Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos en total tuvo su mamá?</p>	<p>NUMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	
902	<p>VEA 901: <input style="width: 20px;" type="text"/> DOS O MAS HIJOS</p>	<p>SOLO UN HIJO (SOLO ENTREVISTADA) <input style="width: 20px;" type="text"/> →</p>	PASE A 916
903	<p>De todos los hermanos(as) que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que Ud.?</p>	<p>NUMERO DE HERMANOS(AS) ANTERIORES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
904 ¿Cuál es el nombre de su hermana(na) mayor y los nombres de los que siguen?	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2
906 ¿(NOMBRE) está vivo(a)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [2]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [3]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [4]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [5]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [6]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [7]	SI.....1 NO.....2 PASE A 908 NS.....8 PASE A [8]
907 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A [8]
908 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98
909 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
910 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él/ella murió?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [8]
911 ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando ella murió?	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2
912 ¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2
913 ¿Murió (NOMBRE) en los 2 meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915
914 ¿Fue su muerte debida a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4
915 ¿Cuántos hijas e hijos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> <input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
904 ¿Cuál es el nombre de su hermana(no) mayor y los nombres de los que siguen?	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2	HOMBRE....1 MUJER....2
906 ¿(NOMBRE) está vivo(a)?	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908	SI.....1 NO.....2 PASE A 908
	NS.....8 PASE A [9]	NS.....8 PASE A [10]	NS.....8 PASE A [11]	NS.....8 PASE A [12]	NS.....8 PASE A [13]	NS.....8 PASE A [14]	NS.....8 PASE A [15]
907 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input type="text"/> PASE A [9]	<input type="text"/> PASE A [10]	<input type="text"/> PASE A [11]	<input type="text"/> PASE A [12]	<input type="text"/> PASE A [13]	<input type="text"/> PASE A [14]	<input type="text"/> PASE A [15]
908 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98	19 <input type="text"/> PASE A 910 NS.....98
909 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input type="text"/> PASE A [9]	<input type="text"/> PASE A [10]	<input type="text"/> PASE A [11]	<input type="text"/> PASE A [12]	<input type="text"/> PASE A [13]	<input type="text"/> PASE A [14]	<input type="text"/> PASE A [15]
910 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él/ella murió?	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [9]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [10]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [11]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [12]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [13]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [14]	<input type="text"/> SI HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A [15]
911 ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando ella murió?	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2	SI.....1 PASE A 914 NO.....2
912 ¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2	SI.....1 PASE A 915 NO.....2
913 ¿Murió (NOMBRE) en los 2 meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915	SI.....1 NO.....2 PASE A 915
914 ¿Fue su muerte debida a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4	EMBARAZO..1 ABORTO....2 PARTO.....3 NINGUNO...4
915 ¿Cuántas hijas e hijos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916	<input type="text"/> PASE A SIG. HERMANA(O) SI ES LA ULTIMA PASE A 916

916 HORA DE FINALIZACION:

HORA

MINUTOS

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

SECCION 10. PESO Y TALLA

CUESTIONARIO ADICIONAL → ☐

1001	VERIFIQUE 215: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO 1991 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1991 <input type="checkbox"/>	1101
------	---	--	------

ENTREVISTADORA: EN 1002 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO. EN 1003 Y 1004 ANOTE EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE CADA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991. EN 1006 Y 1009 ANOTE PESO Y TALLA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS CON UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1991 DEBERAN SER PESADAS Y MEDIDAS AUN SI TODOS LOS NIÑOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE CUESTIONARIOS ADICIONALES).

		1 ENTREVISTADA	2 ULTIMO NIÑO VIVO	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	N° DE ORDEN DE P212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1004	FECHA DE NACIMIENTO DE P215 Y PREGUNTE POR EL DIA DEL NACIMIENTO		DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....
1005	VACUNA BCG CON CICATRIZ EN BRAZO DERECHO O EN EL HOMBRO		SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2	SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2	SE VIO CICATRIZ.. 1 NO SE VIO..... 2
1006	TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	SE LE TOMO LA TALLA (TAMAÑO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2	ACOSTADO..... 1 PARADO..... 2
1008	PESO (en Kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	FECHA DE PESO Y TALLA	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....
1010	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: <input type="text"/>		NOMBRE DE LA ASISTENTE: <input type="text"/>		

1012	VERIFIQUE 1004: - CALCULE LA EDAD EN MESES DE LOS NIÑOS. - VERIFIQUE LA TABLA SIGUIENTE Y ANOTE SI LOS VALORES DE LA TALLA Y PESO DE CADA NIÑO ESTAN DENTRO DEL RANGO. - PARA CADA NIÑO QUE ESTA FUERA DEL RANGO VUELVA A MEDIR Y PESAR			
1013	EDAD EN MESES	2 ULTIMO NIÑO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	3 PENULTIMO NIÑO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	4 ANTERIOR AL PENULTIMO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
1014	TALLA DENTRO RANGO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	PESO DENTRO RANGO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

LA TABLA DE LOS RANGOS				
EDAD EN MESES	TALLA		PESO	
	MINIMO	MAXIMO	MINIMO	MAXIMO
*** VARONES ***				
00 - 02	36.0	74.0	0.5	10.0
03 - 05	45.0	83.0	1.0	13.0
06 - 08	51.0	87.0	2.0	15.0
09 - 11	56.0	91.0	3.0	16.5
12 - 14	59.0	96.0	4.0	17.5
15 - 17	62.0	100.0	4.0	18.5
18 - 20	64.0	104.0	4.0	19.5
21 - 23	65.0	107.0	4.5	20.5
24 - 26	67.0	108.0	4.5	23.0
27 - 29	68.0	112.0	5.0	24.0
30 - 32	70.0	115.0	5.0	24.5
33 - 35	71.0	118.0	5.0	25.5
36 - 38	73.0	121.0	5.0	26.0
39 - 41	74.0	124.0	5.0	27.0
42 - 44	75.0	127.0	5.0	28.0
45 - 47	77.0	129.0	5.0	29.0
48 - 50	78.0	132.0	5.0	30.0
51 - 53	79.0	134.0	5.0	31.0
54 - 56	80.0	136.0	5.5	32.0
57 - 60	82.0	139.0	5.5	33.0
61 - 72	82.0	140.0	5.5	34.0
*** MUJERES ***				
00 - 02	36.0	72.0	0.5	9.0
03 - 05	44.0	80.0	1.0	12.0
06 - 08	50.0	86.0	2.0	14.0
09 - 11	54.0	90.0	2.5	15.5
12 - 14	57.0	95.0	3.0	16.5
15 - 17	60.0	99.0	3.5	17.5
18 - 20	62.0	102.0	3.5	18.5
21 - 23	64.0	106.0	4.0	19.5
24 - 26	66.0	107.0	4.5	21.5
27 - 29	68.0	111.0	5.0	23.0
30 - 32	69.0	114.0	5.0	24.5
33 - 35	71.0	117.0	5.0	25.5
36 - 38	72.0	120.0	5.0	27.0
39 - 41	74.0	122.0	5.0	28.0
42 - 44	75.0	124.0	5.5	29.0
45 - 47	77.0	126.0	5.5	30.0
48 - 50	78.0	129.0	5.5	31.0
51 - 53	79.0	131.0	5.5	32.0
54 - 56	81.0	133.0	6.0	33.0
57 - 60	81.0	136.0	6.0	34.5
61 - 72	81.0	137.0	6.0	36.0

SECCION 11. ANEMIA

CUESTIONARIO ADICIONAL → ☐

1101	VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR: EL HOGAR FUE SELECCIONADO PARA LA PRUEBA DE ANEMIA/CUESTIONARIO DE VARONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	→ TERMINE
------	---	---	-----------

ENTREVISTADORA: - INCLUYA A LA ENTREVISTADA, TENGA O NO NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1991, EN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA.

- ADEMÁS, PARA LAS QUE TIENEN NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1991, TOMA LA MUESTRA DE ELLA Y DE SUS HIJOS.

- EN 1102 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1991 QUE AUN ESTE VIVO.

- EN 1103 ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991

- EN 1104 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS.

- SI HAY MAS DE 3 HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1991 USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL

		1 ENTREVISTADA	2 ULTIMO NIÑO VIVO	3 PENULTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1102	Nº DE ORDEN DE P212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1103	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1104	NIVEL DE HEMOGLOBINA	<input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL	<input type="text"/> <input type="text"/> GR/DL
1105	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
1106	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDIO: <input type="text"/>		NOMBRE DE LA ASISTENTE: <input type="text"/>		
PROCEDA A LLENAR LAS FORMAS CORRESPONDIENTES					

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la
entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora:

Fecha:

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

Nombre de la Critica de Campo:

Fecha:

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SOLO DEBE APARECER UN CODIGO, LAS COLUMNAS 1, 3 Y 4 DEBEN LLENARSE COMPLETAS.

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA

COL. 1 : Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO
1 PILDORA
2 DIU
3 INYECCIONES
4 IMPLANTES (NORPLANT)
5 VAGINALES
6 CONDON
7 ESTERILIZACION FEMENINA
8 ESTERILIZACION MASCULINA
9 ABSTINENCIA PERIODICA
A RETIRO
X OTROS _____

(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

0 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
3 MARIDO DESAPROBO
4 QUERIA METODO MAS EFECTIVO
5 MOTIVOS DE SALUD
6 EFECTOS COLATERALES
7 ACCESO/DISPONIBILIDAD
8 COSTO
9 USO INCONVENIENTE
F FATALISTA
A DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA / MENOPAUSIA
D DISOLUCION MARITAL/SEPARACION
X OTROS _____

(ESPECIFIQUE)

Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADA O UNION LIBRE)
0 NO EN UNION

COL 4: Cambio y Tipo de Localidad

X CAMBIO DE LOCALIDAD
1. CAPITAL DE DEPARTAMENTO
2 CIUDAD
3 PUEBLO
4 CAMPO
5 EXTRANJERO

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