

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR - 2000

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA			

CONSENTIMIENTO

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

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud (y la salud de sus hijos), la encuesta dura aproximadamente una hora. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva. Su participación en el estudio es voluntaria y usted puede decidir no responder cualquier pregunta individual o a todas.

Sin embargo, nosotros esperamos que usted participe en este estudio ya que su opinión es muy importante.

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

Firma de la entrevistadora: _____

Fecha: _____

ENTREVISTADA ACEPTA LA ENTREVISTA..... 1 → ENTREVISTADA RECHAZA LA ENTREVISTA.....2 → FIN

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

--	--

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL			
FECHA				FECHA: DÍA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
				MES.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
				AÑO.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
RESULTADO***				ENTREVISTADORA	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
PRÓXIMA VISITA: FECHA				RESULTADO FINAL.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
HORA				NÚMERO			
				TOTAL DE VISITAS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

- | | | |
|------------|---------------------------|---------------|
| 1 COMPLETA | 4 RECHAZADA | 7 OTRA |
| 2 AUSENTE | 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE | (ESPECIFIQUE) |
| 3 APLAZADA | 6 INCAPACITADA | |

NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICA DE CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)								
FECHA	_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			_____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
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	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																													
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	114																												
108	¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? AÑO: - SI RESPONDE GRADO O 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;"></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE AÑO</th> <th style="text-align: center;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	GRADO																												
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
110	VERIFIQUE 106: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/> </div> </div>		113																												
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	113																												

112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS 04 NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98
113	VERIFIQUE 108 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">→ 115</div>	
114	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta la siguiente frase: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PRUEBE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4 _____ ESPECIFIQUE EL IDIOMA
114A	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?	SI..... 1 NO..... 2
114B	VERIFIQUE 114 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CIRCULÓ CÓDIGO 2, 3 ó 4 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> CIRCULÓ CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">→ 116</div>	
115	¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, menos de una vez a la semana o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4
116	¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, menos de una vez a la semana o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4
117	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, menos de una vez a la semana o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4
119	¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO 1 QUECHUA 2 AYMARA 3 OTRA LENGUA ABORIGEN 4 IDIOMA EXTRANJERO 5

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 → 206
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204
203	¿Cuántas hijas viven con usted? ¿Cuántos hijos viven con usted? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con usted? ¿Cuántos hijos no están viviendo con usted? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida, aunque sólo viviera pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO	
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226	

211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo.

ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 212 : LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS.

SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

212	213	214	215	216	217 SI ESTA VIVO	218 SI ESTA VIVO	219 SI ESTA MUERTO	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3		
02 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
03 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
04 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
05 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
06 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
07 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
08 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2

212	213	214	215	216	217 SI ESTA VIVO	218 SI ESTA VIVO	219 SI ESTA MUERTO	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendc con Ud?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO ANTERIOR ¿ES LA DIFERENCIA DE 4 AÑOS O MÁS?	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT.... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
12 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
13 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 219	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 PASE A 220	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2 PRÓXIMO NACIMIENTO	SI..... 1 NO..... 2
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA (2000) RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?							SI..... 1 NO..... 2 → 223	
222A	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS							SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA								
223A	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.219)							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.					1. _____	2. _____	3. _____	
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.								<input type="text"/>
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1995 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".								

9

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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

301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 2 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, CASO CONTRARIO EL 3 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.			PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, PREGUNTE: 302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?	
SI ESPONTÁNEO			SI RECONOCIDO	NO
01	ESTERILIZACION FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas)	1	2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía)	1	2	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre)	1	2	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas	1	2	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden hacerse colocar por un doctor (o enfermera, seis cápsulas en la parte alta de su brazo las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años)	1	2	SI..... 1 NO..... 2
07	PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada	1	2	SI..... 1 NO..... 2
08	ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
09	MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras dé de lactar frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
10	ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
11	RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	1	2	SI..... 1 NO..... 2
12	OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	2	SI..... 1 NO..... 2
(ESPECIFIQUE)				

303 VERIFIQUE 302:

NI UN SOLO "SI"
(NUNCA HA USADO)

☐

AL MENOS UN "SI"
(HA USADO MÉTODO)

☐

PASE A 307

304

10

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A		327D
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 301 - 302 Y 303		
307	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302 (1) MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=2, 8 226=1		319
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	319
311	¿Qué ha (n) usado o qué ha(n) hecho para evitar quedar embarazada? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE DEL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES O NORPLANT..... F CONDÓN..... G ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... H AMENORREA POR LACTANCIA..... I ABSTINENCIA PERIÓDICA..... J RETIRO..... K OTRO: X (ESPECIFIQUE)	312 316
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	VERIFIQUE 311 EN CASO DE ESTAR CIRCULADOS "A" Y "B", HAGA LAS PREGUNTAS 312 A 315 SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA. ¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ANOTE EL NOMBRE _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA 10 CENTRO DE SALUD MINSA 11 HOSPITAL DE ESSALUD (IPSS) 14 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA 18 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 20 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR 24 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES "ONG" CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG 31 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
313	SEÑALÓ <input type="checkbox"/> ESTERILIZACIÓN FEMENINA ↓ ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijos a causa de esta operación? SEÑALÓ ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/> ESTERILIZACIÓN MASCULINA ↓ ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su marido/compañero que no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

314	¿Ud. se arrepiente de haber sido operada (que su esposo haya sido operado) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 → 315
314A	¿Por qué está arrepentida de haber sido operada (que su esposo haya sido operado)?	DESEA OTRO HIJO..... 01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02 EFECTOS COLATERALES..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 OTRA RAZÓN: 96 (ESPECIFIQUE)
315	¿En qué mes y año la(lo) operaron?	MES..... AÑO.....
315A	VERIFIQUE 311: SI ESTERILIZACIÓN MASCULINA PASE A 318 ¿Tomó Ud. la decisión de operarse durante su control pre-natal, en el parto, después del parto, o en otro momento?	EN EL CONTROL PRE-NATAL..... 1 EN EL PARTO..... 2 DESPUÉS DEL PARTO..... 3 EN OTRO MOMENTO 6 ESPECIFIQUE
316	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente MÉTODO ACTUAL la última vez?	MES..... AÑO.....
317	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> VERIFIQUE 311: 311=C, G, H USUARIAS DE PÍLDORA, CONDÓN O VAGINALES <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> 311=J USUARIAS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA <input type="checkbox"/> → 317B USUARIAS DE DIU, INYECCIÓN, NORPLANT, LACTANCIA, RETIRO, OTROS 311=D,E,F,I,K,X <input type="checkbox"/> → 318 </div> </div>	
317A	¿Cuál es la marca de (PÍLDORA/CONDÓN/VAGINALES) que está usando?	a. PÍLDORA: b. CONDÓN: c. VAGINALES:
317B	VERIFIQUE 311: SI CIRCULÓ "J" PREGUNTE 317B, CASO CONTRARIO PASE A 318. ¿Cómo hace usted para saber en qué días no debe tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 1 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 2 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 3 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 4 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
318	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> VERIFIQUE 315 Y 316: ANTES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> ↓ ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 1995 </div> <div style="width: 45%;"> DESPUÉS DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> ↓ ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO </div> </div>	
318A	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> VERIFIQUE CASILLAS EN 318 ANTES DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 320 </div> <div style="width: 45%;"> DESPUÉS DE ENERO 1995 <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE CON 319 </div> </div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
319	Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada: - USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS		

- RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 1995.
- USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA
- EN LA COLUMNA 1: PREGUNTAS ILUSTRATIVAS**
- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar se embarazada?
 - ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó?
 - Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua
 - ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción?
 - PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA.
 - NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO.
- EN LA COLUMNA 2: PREGUNTAS ILUSTRATIVAS**
- ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? ¿Dejó de utilizar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón
 - ANOTE EL CODIGO DE DISCONTINUACION AL LADO DEL ULTIMO MES DE USO.
 - EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES DEL METODO USADO EN LA COLUMNA 1.
 - SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? ANOTE "0" EN CADA MES, EN LA COLUMNA 1.

320	VERIFIQUE 311 Y 311A: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 327 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08 AMENORREA POR LACTANCIA..... 09 → 325 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 → 328 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
-----	--	---

321	VERIFIQUE 315 Y 316: EMPEZÓ A USAR EN ENERO DE 1995 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> EMPEZÓ A USAR ANTES DE 1995 <input type="checkbox"/> → 327 FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Año
-----	---

321A	SI 320 = 01 PASE A 322 Usted empezó a usar (METODO ACTUAL) en (FECHA). En ese momento, ¿dónde obtuvo dicho método? SI EL LUGAR ES ALGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD DEL MINSA 11 PUESTO DE SALUD DEL MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 13 HOSPITAL DE ESSALUD (IPSS) 14 POLICLINICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA 18 OTRO GOBIERNO: _____ 19 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLINICA PRIVADA 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR 24 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLINICA/ POSTA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ONG 31 PROMOTORES DE ONG..... 32 OTRO: TIENDA/SUPERMERCADO..... 41 IGLESIA..... 42 AMIGOS/PARIENTES..... 43 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
------	--	--

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
322	¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	SI..... 1 → 324 NO..... 2	
323	En algún momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con ese método?	SI..... 1 NO..... 2 → 324A	

324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	SI..... 1 NO..... 2	
324A	<p>VERIFIQUE 323:</p> <p>CIRCULÓ CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> NO CIRCULÓ "1" <input type="checkbox"/></p> <p>En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?</p> <p>En ese momento cuando obtuvo el método. ¿Le hablaron acerca de otros método de planificación familiar que podía usar?</p>	<p>SI..... 1 → 325A</p> <p>NO..... 2</p>	
325	¿En algún momento, Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	<p>SI..... 1 → 325E</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO PREFERÍA MÉTODO ALGUNO..... 3</p> <p>NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4</p> <p>OTRO..... 6</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	
325B	¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usted usando?	<p>MI ESPOSO/COMPAÑERO..... 01</p> <p>MEDICO, OBSTETRIZ, ENFERMERA..... 02</p> <p>PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 03</p> <p>PROMOTOR DE SALUD DE ONG..... 04</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	
325C	¿Por qué usted aceptó usar el método que actualmente usa?	<p>FUE RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO O PERSONAL DE SALUD..... 01</p> <p>NO HABÍA OTRO MÉTODO DISPONIBLE..... 02</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO QUERÍA ESE MÉTODO... 03</p> <p>ME OFRECIERON VÍVERES/SERVICIOS DE SALUD GRATIS..... 04</p> <p>DEJARÍA DE SER BENEFICIARIA DE ALGÚN PROGRAMA..... 05</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	
325D	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	<p>NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 00</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
325E	<p>VERIFIQUE 321A:</p> <p>321A= 13, 18, 19, 21, 32, 41,42, 43 y 96 <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/></p>	→ 326	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A
325F	<p>Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando obtuvo el (MÉTODO) la última vez.</p> <p>En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", ¿Qué le pareció:</p> <p>a. El horario de atención?</p> <p>b. La explicación sobre métodos de planificación familiar?</p> <p>c. La información recibida sobre el método prescrito?</p> <p>d. La comodidad de la sala de espera?</p> <p>e. La limpieza de la sala de espera?</p>	BUENO	REGULAR	MALO	NS	
	a.	1	2	3	8	
	b.	1	2	3	8	
	c.	1	2	3	8	
	d.	1	2	3	8	
	e.	1	2	3	8	

	f. El tiempo de espera? g. El trato del personal administrativo? h. El trato del personal de enfermería? i. El trato del médico(a)? j. Las explicaciones del médico? k. La privacidad en la atención?	1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3	8 8 8 8 8 8	
326	VERIFIQUE 320: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → 327B INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → 327B ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 08				
327	¿Dónde obtuvo usted (MÉTODO), la última vez? SI EL LUGAR ES ALGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... 10 CENTRO DE SALUD DEL MINSA 11 PUESTO DE SALUD DEL MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 13 HOSPITAL DE ESSALUD (IPSS) 14 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA 18 OTRO GOBIERNO: _____ 19 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR 24 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG 31 PROMOTORES DE ONG..... 32 OTRO: TIENDA/SUPERMERCADO..... 41 IGLESIA..... 42 AMIGOS/PARIENTES..... 43 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)				
327A	PASE A _____ →					330
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del DIU/NORPLANT?	SI..... 1 NO..... 2 → 330				
327C	¿Cuántos controles se ha hecho desde Enero de 1999 hasta la fecha?	NÚMERO DE CONTROLES..... <input type="text"/>				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSIA..... 23 HISTERECTOMIA..... 24 INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25 POSPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MAS HIJOS..... 27 EMBARAZADA..... 28 OPOSICION A USAF ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICION RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42 → 330 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
328	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método d planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 330	
329	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro lugar? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIÓN SI EL LUGAR ES ALGUN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESCRIBA EL NOMBRE _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL MINSA A CENTRO DE SALUD DEL MINSA B PUESTO DE SALUD DEL MINSA C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA D HOSPITAL DE ESSALUD / IPSS E POLICLINICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F OTRO GOBIERNO: _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA H FARMACIA / BOTICA I MÉDICO PARTICULAR J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE) ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTOR DE ONG M OTRO: TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
330	¿En los últimos 12 meses la ha visitado un trabajador de	SI..... 1	

	salud para hablarle sobre planificación familiar?	NO..... 2	
331	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2	401
332	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL ☐

401	VERIFIQUE 224: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1995 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">↓</div> <div style="width: 45%;"> NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1995 <input type="checkbox"/> → PASE A 485 </div> </div>		
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DE 1995. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno. Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada entonces , quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 422) ← ESPERAR MÁS 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 422) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? SI SI, ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y <input type="text"/> (PASE A 415) ←	
407A	¿Dónde se controló? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE DE AQUEL AL QUE MÁS ACUDIÓ _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... G CASA DE PARTERA..... H OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	

	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>

		NOMBRE _____	NOMBRE _____																		
409	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																			
410	VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 412) </div> <div style="text-align: center;"> MAS DE UNA VEZ O NS <input type="text"/> ↓ </div> </div>																			
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																			
412	En alguno de sus controles, ¿le hicieron algo de lo siguiente?: a. ¿La pesaron? b. ¿Le midieron la barriga? c. ¿Le tomaron la presión arterial? d. ¿Le hicieron un examen de orina? e. ¿Le hicieron un examen de sangre?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	PESO.....	1	2	BARRIGA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	EXAMEN DE ORINA.....	1	2	EXAMEN DE SANGRE.....	1	2
	SI	NO																			
PESO.....	1	2																			
BARRIGA.....	1	2																			
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																			
EXAMEN DE ORINA.....	1	2																			
EXAMEN DE SANGRE.....	1	2																			
413	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 415) ←																			
414	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																			
415	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en la nalga para prevenir al bebé contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 416) ←																			
415A	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																			
416	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla o jarabe?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←																			
416A	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro?	NÚMERO DE DÍAS..... <input type="text"/> NO SABE..... 998																			
419	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿tuvo usted dificultad con su visión durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																			
420	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿usted sufrió de ceguera nocturna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
421	¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)?	SU DOMICILIO..... 11	

	SI EL LUGAR DE ATENCIÓN FUE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESCRIBA EL NOMBRE _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 422) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 422) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA..... 32 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																						
421A	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD.. 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO. 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN... 20 PERSONAL ES DESCUIDADO.... 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.... 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER... 24 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
422	(NOMBRE) ¿nacido por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																					
423	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguién más? TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y																					
423A	Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo: a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contrac- ciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. ¿Sangrado excesivo después del parto? c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? e. ¿Alguna otra complicación?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>LABOR PROLONGADA....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANGRADO EXCESIVO..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FIEBRE CON SANGRADO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRA:</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		SI	NO	LABOR PROLONGADA....	1	2	SANGRADO EXCESIVO..	1	2	FIEBRE CON SANGRADO	1	2	CONVULSIONES.....	1	2	OTRA:	1	2	(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO																						
LABOR PROLONGADA....	1	2																						
SANGRADO EXCESIVO..	1	2																						
FIEBRE CON SANGRADO	1	2																						
CONVULSIONES.....	1	2																						
OTRA:	1	2																						
(ESPECIFIQUE)																								

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
424	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424B) ←

424A	¿Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998																								
424B	¿(NOMBRE) fue inscrito en la Municipalidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																								
424C	VERIFIQUE 421: ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 32 Y 96 <input type="checkbox"/> → (PASE A 426) OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓																									
425	Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón al niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																									
425A	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2																									
425B	¿(NOMBRE), está afiliada (ado) al Seguro Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																									
426	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Sangrado intenso por la vagina?</td> <td>SANGRADO INTENSO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento?</td> <td>DESMAYO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Fiebre alta o escalofríos?</td> <td>FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Infección de los senos?</td> <td>INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Dolor y ardor al orinar?</td> <td>DOLOR AL ORINAR..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Flujos o líquidos vaginales?</td> <td>FLUJOS VAGINALES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g. ¿Pérdida involuntaria de orina?</td> <td>PÉRDIDA DE ORINA..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	a. ¿Sangrado intenso por la vagina?	SANGRADO INTENSO..... 1	2	b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento?	DESMAYO..... 1	2	c. ¿Fiebre alta o escalofríos?	FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1	2	d. ¿Infección de los senos?	INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1	2	e. ¿Dolor y ardor al orinar?	DOLOR AL ORINAR..... 1	2	f. ¿Flujos o líquidos vaginales?	FLUJOS VAGINALES..... 1	2	g. ¿Pérdida involuntaria de orina?	PÉRDIDA DE ORINA..... 1	2
	SI	NO																									
a. ¿Sangrado intenso por la vagina?	SANGRADO INTENSO..... 1	2																									
b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento?	DESMAYO..... 1	2																									
c. ¿Fiebre alta o escalofríos?	FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1	2																									
d. ¿Infección de los senos?	INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1	2																									
e. ¿Dolor y ardor al orinar?	DOLOR AL ORINAR..... 1	2																									
f. ¿Flujos o líquidos vaginales?	FLUJOS VAGINALES..... 1	2																									
g. ¿Pérdida involuntaria de orina?	PÉRDIDA DE ORINA..... 1	2																									
426A	VERIFIQUE 426:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> ↓ NINGÚN SI <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 427)																									
426B	¿Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2																									
427	Después del parto de (NOMBRE) ¿tuvo Ud. algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427D) ←	SI..... 1 NO..... 2																								

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
427A	¿A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico? SI MISMO DÍA, ANOTE "00"	DÍAS DESPUÉS NAC..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS NAC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	

427B	¿Quién le hizo el control? ¿La controló alguien más? INDAGUE POR LA PERSONA QUE LA CONTROLÓ Y ANOTE A TODAS LAS QUE VIÓ	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 SANITARIO..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
427C	¿Dónde se controló Ud.? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN FUE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SU DOMICILIO 11 SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA..... 32 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
427D	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A como esta? ENSEÑE LA MUESTRA	SI..... 1 NO..... 2	
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO..... 2 (PASE A 431) ←	
429	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	
430	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
431	VERIFIQUE 226: ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 433)	
432	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 434) ←	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
433	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. 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
434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2

435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
436A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 437) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 437) ←
436B	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente? ¿Algo más? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO X ESPECIFIQUE	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO X ESPECIFIQUE
437	VERIFIQUE 404: ¿NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP..... 11

		OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←
442	¿En qué lugar recibió la capacitación?	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA..... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CASA DE PARTERA..... 32 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
443	VERIFIQUE 404: NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS VAYA A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS VAYA A 451)
	VERIFIQUE 438: ¿LACTANDO?	SI LACTA <input type="checkbox"/> ↓ NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 446)	SI LACTA <input type="checkbox"/> ↓ NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 446)
444	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>

24

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
445	¿Cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
446	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
446A	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

448	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SI, SÍ, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
449		VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451	VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 451

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL ☐

451	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1995. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE UN FORMULARIO ADICIONAL).																																																																														
452	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN 	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN 																																																																												
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (VAYA A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (VAYA A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484) </div> </div>	NOMBRE _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (VAYA A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484) </div> <div style="text-align: center;"> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (VAYA A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484) </div> </div>																																																																												
454	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1] (PASE A 456) ← SÍ, NO VISTA..... 2] (PASE A 458) ← SIN TARJETA..... 3	SÍ, VISTA..... 1] (PASE A 456) ← SÍ, NO VISTA..... 2] (PASE A 458) ← SIN TARJETA..... 3																																																																												
455	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1] NO..... 2] (PASE A 458) ←	SI..... 1] NO..... 2] (PASE A 458) ←																																																																												
456	1) COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA. BCG ANTIHEPATITIS 1 (Recién nacido) ANTIHEPATITIS 2 ANTIHEPATITIS 3 POLIO 0 (Recién nacido) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 ANTIHEMOFILUS 1 ANTIHEMOFILUS 2 ANTIHEMOFILUS 3 VITAMINA "A" 1 VITAMINA "A" 2 VITAMINA "A" 3 ANTIAMARÍLICA SARAMPIÓN	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> DÍA MES AÑO </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Amar.</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>S</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> </table>	BCG	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Amar.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	S	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> DÍA MES AÑO </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>HvB3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 0</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>P 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>D 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Hib 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 1</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 2</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>A 3</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>Amar.</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> <tr><td>S</td><td><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></td></tr> </table>	BCG	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	HvB3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	P 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	D 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Hib 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	A 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Amar.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	S	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
BCG	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Amar.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
S	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
BCG	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
HvB3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
P 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
D 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Hib 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
A 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
Amar.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														
S	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																																																																														

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN 	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN
------------------------------------	--	---

		NOMBRE _____	NOMBRE _____
457	¿(NOMBRE) recibió otras dosis de estas vacunas que no estén registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en campañas nacionales de vacunación? MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, ANTIHEPATITIS, POLIO 0-3, DPT 1-3, ANTIHEMOFILUS, VITAMINA A, ANTIAMARILICA O SARAMPIÓN?	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) ◀ NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ◀	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456) (PASE A 464) ◀ NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464) ◀
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de campaña nacional o barrido de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ◀
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
459A	¿Recibió una vacuna contra la HEPATITIS B que es una inyección que se pone en las nalgas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ◀
459B	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la HEPATITIS B: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
459C	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
460	¿Recibió una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ◀
460A	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO: cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE..... 2
460B	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462	¿Recibió la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en las nalgas cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ◀
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462B	¿Recibió la vacuna ANTIHEMOFILUS, que es para evitar el virus causante de neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462D) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462D) ◀
462C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462D	¿Recibió alguna dosis de VITAMINA A, que es para evitar la mala visión en los niños?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F) ◀	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F) ◀

	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOMBRE _____	NOMBRE _____

462E	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8
462F	¿Recibió la vacuna ANTIAMARÍLICA, que es una inyección que se pone en el hombro para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
464	¿Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante el último año fueron parte de alguna campaña nacional o barrido de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO FUE VACUNADO EL ULTIMO AÑO... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO FUE VACUNADO EL ULTIMO AÑO... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
465	¿En qué campaña de vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)? ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	CAMPAÑAS VAN DE 1999..... A CAMPAÑAS VAN DE 2000..... B OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	CAMPAÑAS VAN DE 1999..... A CAMPAÑAS VAN DE 2000..... B OTRA..... X (ESPECIFIQUE)
466	Entre los meses de enero y junio del presente año ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 467) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 467) ←
466 A	¿Quién le controló el crecimiento y desarrollo?	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE)
466B	¿Dónde tuvo lugar el control?	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSAL..... 24 PUESTO SALUD MINSAL..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... 31 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PN..... 23 CENTRO SALUD MINSAL..... 24 PUESTO SALUD MINSAL..... 25 POLICLINICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLINICA PARTICULAR..... 31 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
466C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento?	No. DE VECES..... NO SABE..... 88	No. DE VECES..... NO SABE..... 88

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
467	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

468	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas dos semanas, o sea desde..... hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A) ←
469	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
469A	VERIFIQUE 467 Y 468: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> ↓ OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> ↓ OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 473)
470	Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472B) ←
471	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? ¿En algún otro sitio? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 473) ← PROMOTOR DE SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... H (PASE A 473) ← BOTIQUÍN POPULAR..... I FARMACIA/BOTICA..... J FAMILIAR/AMIGO..... K CURANDERO..... L OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F (PASE A 473) ← PROMOTOR DE SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... H (PASE A 473) ← BOTIQUÍN POPULAR..... I FARMACIA/BOTICA..... J FAMILIAR/AMIGO..... K CURANDERO..... L OTRO: X (ESPECIFIQUE)
472	¿Por qué no acudió a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)
472B	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre/tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
473	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas, o sea desde. . . hasta ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←
474	¿Durante la diarrea tuvo alguno de estos síntomas o dolencias?	SI NO NS	SI NO NS

	a. ¿Estuvo intranquilo, irritable?..... b. ¿Estuvo sediento, bebía los líquidos rápidamente?..... c. ¿Lloraba sin lágrimas?..... d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?.....	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8
475	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	N° DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	N° DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
476	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8
477	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, más comida o menos comida? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8
478	¿Le dió a (NOMBRE): a. Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? b. Frutiflex u otro similar? c. Una preparación hecha en casa con un litro de agua, una cucharadita de azúcar y una de sal?	SI NO NS SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX..... 1 2 8 SUERO CASERO.. 1 2 8	SI NO NS SRO..... 1 2 8 FRUTIFLEX..... 1 2 8 SUERO CASERO. 1 2 8
479	¿Le dió algo (más) para la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←
480	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE)	JARABE PARA LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE)
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ←

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
482	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? ¿En otro lugar?	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PN..... C CENTRO SALUD MINSA..... D PUESTO SALUD MINSA..... E POLICLINICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F

	CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	(PASE A 483) ← PROMOTOR DE SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... H (PASE A 483) ← BOTIQUÍN POPULAR..... I FARMACIA/BOTICA..... J FAMILIAR/AMIGO..... K CURANDERO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	(PASE A 483) ← PROMOTOR DE SALUD..... G SECTOR PRIVADO CONSULTORIO/CLÍNICA PARTICULAR..... H (PASE A 483) ← BOTIQUÍN POPULAR..... I FARMACIA/BOTICA..... J FAMILIAR/AMIGO..... K CURANDERO..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
482A	¿Por qué no acudió a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS.... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS.... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS.... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS.... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
482B	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS.... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS.... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTABLECIMIENTO QUEDA MUY LEJOS.... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/SÍNTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS.... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
483		REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
484	VERIFIQUE 478a Y 478b, PARA TODOS LOS NIÑOS: "SI" EN 478a O EN 478b <input type="checkbox"/> → 486 OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>																		
485	¿Ha oído usted de algún producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o del Pedialite que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																	
486	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE HIJAS (HIJOS) NACIDOS EN ENERO <input type="checkbox"/> → 490 DE 1995 O MÁS TARDE VIVIENDO CON ELLA <input type="checkbox"/>	NO TIENE HIJAS(HIJOS) NACIDOS EN ENERO <input type="checkbox"/> DE 1995 O MÁS TARDE VIVIENDO CON ELLA																	
487	Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Qué síntomas harían que Ud. llevara a su niña/niño a un establecimiento de salud inmediatamente? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																	
488	Si uno de sus niños enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado a tratamiento médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
489	¿Qué hace usualmente con las deposiciones de su niño (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO QUEMA EN EL PATIO..... 04 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 05 LO BOTA EN LA BASURA..... 06 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																	
490	¿Ha oído o escuchado de una prueba de papanicolau? (Es decir, un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2 → 492																	
491	¿Le hicieron una prueba de papanicolau en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2																	
492	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2																	
493	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, ¿es para Ud. un gran problema o no.... a. ¿Saber a dónde ir? b. ¿Conseguir permiso para ir? c. ¿Conseguir dinero para el tratamiento? d. ¿La lejanía de los servicios médicos? e. ¿Tener que conseguir transporte? f. ¿No querer ir sola? g. ¿Que tal vez no haya personal de salud femenino?	<table border="0"> <thead> <tr> <th>GRAN PROBLEMA</th> <th>NO ES PROBLEMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		
1	2																		

494	<p>VERIFIQUE 215 Y 218 TIENE AL MENOS UN NIÑO/NIÑA NACIDO EN ENERO DE 1997 O MÁS TARDE Y VIVE CON ELLA</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(NOMBRE)</p>	<p>NO TIENE NIÑO/NIÑA NACIDO EN ENERO DE 1997 O MÁS TARDE VIVIENDO CON ELLA</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: right;">500</p>																																							
<p>REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 495</p>																																									
495	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer</p> <ul style="list-style-type: none"> - PARA CADA LÍQUIDO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA DE LA COLUMNA "A" Y DESPUÉS LA DE LA COLUMNA "B" - SI NO TOMÓ ESE LIQUIDO, ANOTE "0". - SI TOMÓ 7 O MÁS VECES, ANOTE "7". - SI NO SABE, ANOTE "8". <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th><th style="width: 25%; text-align: center;">A</th><th style="width: 30%; text-align: center;">B</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:</th><th style="text-align: center;">Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Agua sola (sin mezclar con nada)?</td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?</td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?</td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>d. Jugo de fruta?</td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?</td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			A	B		¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)	a. Agua sola (sin mezclar con nada)?	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	d. Jugo de fruta?	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	e <input style="width: 40px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px;" type="text"/>																		
	A	B																																							
	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)																																							
a. Agua sola (sin mezclar con nada)?	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
b. Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
c. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
d. Jugo de fruta?	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
e. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	e <input style="width: 40px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
496	<p>Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió en los últimos 7 días , incluyendo el día de ayer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA DE LA COLUMNA "A" Y DESPUÉS LA DE LA COLUMNA "B" - SI NO COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". - SI COMIÓ 7 O MÁS VECES, ESCRIBA "7". - SI NO SABE, ESCRIBA "8". <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th><th style="width: 25%; text-align: center;">A</th><th style="width: 30%; text-align: center;">B</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los si- guientes alimentos, separa- do o combinado con otros alimentos?</th><th style="text-align: center;">Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Cualquier comida hecha de cereal (arroz, maíz, avena, quinua, trigo (harina, pan, fideos, galletas), kiwicha)?</td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">a <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>b. Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?</td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">b <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?</td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">c <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?</td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">d <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>e. Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?</td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">e <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>f. Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?</td><td style="text-align: center;">f <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">f <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>g. Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?</td><td style="text-align: center;">g <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">g <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>h. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?</td><td style="text-align: center;">h <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">h <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>i. Queso o yogurt?</td><td style="text-align: center;">i <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">i <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>j. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?</td><td style="text-align: center;">j <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">j <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> <tr> <td>k. Papilla de Programas Sociales (yapita, foncoditos, panfarcito, pronita)</td><td style="text-align: center;">k <input style="width: 40px;" type="text"/></td><td style="text-align: center;">k <input style="width: 40px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			A	B		¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los si- guientes alimentos, separa- do o combinado con otros alimentos?	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)	a. Cualquier comida hecha de cereal (arroz, maíz, avena, quinua, trigo (harina, pan, fideos, galletas), kiwicha)?	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	b. Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	e. Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?	e <input style="width: 40px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px;" type="text"/>	f. Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?	f <input style="width: 40px;" type="text"/>	f <input style="width: 40px;" type="text"/>	g. Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?	g <input style="width: 40px;" type="text"/>	g <input style="width: 40px;" type="text"/>	h. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?	h <input style="width: 40px;" type="text"/>	h <input style="width: 40px;" type="text"/>	i. Queso o yogurt?	i <input style="width: 40px;" type="text"/>	i <input style="width: 40px;" type="text"/>	j. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?	j <input style="width: 40px;" type="text"/>	j <input style="width: 40px;" type="text"/>	k. Papilla de Programas Sociales (yapita, foncoditos, panfarcito, pronita)	k <input style="width: 40px;" type="text"/>	k <input style="width: 40px;" type="text"/>
	A	B																																							
	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los si- guientes alimentos, separa- do o combinado con otros alimentos?	Ayer, en total ¿Cuántas veces durante el día o la noche le dió a (NOMBRE)																																							
a. Cualquier comida hecha de cereal (arroz, maíz, avena, quinua, trigo (harina, pan, fideos, galletas), kiwicha)?	a <input style="width: 40px;" type="text"/>	a <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
b. Calabaza, zapallo, zanahoria, tomate?	b <input style="width: 40px;" type="text"/>	b <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
c. Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?	c <input style="width: 40px;" type="text"/>	c <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
d. Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, camote, olluco, oca, mashua)?	d <input style="width: 40px;" type="text"/>	d <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
e. Alguna verdura (apio, poro, espinaca, acelga, etc.)?	e <input style="width: 40px;" type="text"/>	e <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
f. Mango, papaya, plátano de la isla, maduro, aguaje?	f <input style="width: 40px;" type="text"/>	f <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
g. Otras frutas (plátano de seda, manzana, palta)?	g <input style="width: 40px;" type="text"/>	g <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
h. Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos?	h <input style="width: 40px;" type="text"/>	h <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
i. Queso o yogurt?	i <input style="width: 40px;" type="text"/>	i <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
j. Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla?	j <input style="width: 40px;" type="text"/>	j <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							
k. Papilla de Programas Sociales (yapita, foncoditos, panfarcito, pronita)	k <input style="width: 40px;" type="text"/>	k <input style="width: 40px;" type="text"/>																																							

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">SI NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.... 1 2 MARIDO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIENDO..... 2 <input type="checkbox"/> → 506 NO, NO EN UNIÓN..... 3	
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIÓ 2 <input type="checkbox"/> → 505 NO..... 3	
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1995		
504	PASE A _____		→ 512
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 <input type="checkbox"/> SEPARADA..... 2 <input type="checkbox"/> → 508 DIVORCIADA..... 3 <input type="checkbox"/>	
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 → 509 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 SE ENAMORÓ DE OTRO..... 04 NO APORTABA ECONÓMICAMENTE AL HOGAR..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE/ ESPOSO..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL..... 07 USO DE DROGAS..... 08 CONDUCTA CORRUPTA..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
509	VERIFIQUE 508: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a a vivir con su esposo/ compañero? </div> <div style="text-align: center;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero? </div> </div>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 511 NO SABE EL AÑO..... 9998	

510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DE 1995. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DE 1995.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN O CON MÁS DE UNA UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACIÓN/DIVORCIO, Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA.</p> <p>PARA MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTÁN EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.</p>		
512	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar.</p> <p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</p>	<p>NUNCA..... 00 → 522</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95</p>	
513	<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>ANOTE AÑOS SÓLO SI LA ÚLTIMA RELACIÓN FUE HACE UNO O MÁS AÑOS.</p>	<p>HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> → 522</p>	
514	<p>VERIFIQUE 301:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales, usaron condón?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos usan una bolsita especial durante las relaciones. La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales ¿usaron condón?</p> </div> </div>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
515	<p>¿Qué es de Ud. el hombre con quien tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE:</p> <p>¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01"</p> <p>SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 → 517</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>OTRO AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06</p> <p>ENAMORADO..... 07</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
516	¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona?	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
517	¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 522</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
518	La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otro hombre, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	

519	<p>¿Cuál es su relación con esa persona?</p> <p>SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual con Ud.?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/ CONVIVIENTE..... 01 → 521 NOVIO/PROMETIDO..... 02 OTRO AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL.. 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>
520	<p>¿Por cuánto tiempo ha tenido (tuvo) relaciones sexuales con este hombre?</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>
521	<p>¿En total, con cuántos diferentes hombres ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?</p>	<p>No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
522	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 → 601</p>
523	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESCRIBA EL NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>¿Algún otro sitio?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE</p>	<p>SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL MINSA A CENTRO DE SALUD DEL MINSA B PUESTO DE SALUD DEL MINSA C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA D HOSPITAL DE ESSALUD E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F OTRO GOBIERNO: _____ G (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO HOSPITAL / CLÍNICA PRIVADA H FARMACIA / BOTICA I MÉDICO PARTICULAR J OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE)</p> <p>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTOR DE ONG M</p> <p>OTRO: TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)</p>
524	<p>Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8</p>

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 311: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NUNCA ESTERILIZADA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> </div> </div>		614
602	VERIFIQUE 226: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NO EMBARAZADA O INSEGURA 226=2, 8 <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? </div> <div style="width: 45%;"> EMBARAZADA 226=1 <input type="checkbox"/> Ahora tengo 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 MÁS / NINGUNO..... 2 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA... 3 → 614 INDECISA/NO SABE/ INSEGURA PARA NO EMBARAZADAS/INSEG.... 4 → 608 PARA EMBARAZADAS..... 5 → 610	
603	VERIFIQUE CASILLAS EN 602 : <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 antes del nacimiento de (un/otro) hijo? </div> <div style="width: 45%;"> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes del nacimiento de otro hijo? </div> </div>	MESES..... 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> AÑOS..... 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> PRONTO / AHORA..... 993 → 609 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: 996 → 609 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	
604	VERIFIQUE CASILLAS EN 602: <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>		610
605	VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> USA ACTUALMENTE 310=1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA 310=2 <input type="checkbox"/> </div> </div>		608
606	VERIFIQUE 603: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> 2 AÑOS O MÁS O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> </div> </div>		610

607	<p>VERIFIQUE 602 Y 603:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO QUIERE MÁS/ NINGUNO</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> <p>Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> </div> </div>	<p>NO EN UNIÓN..... A</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTE-RECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p>OPOSICIÓN A USAR:</p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMA- SIADO LEJOS..... R</p> <p>MUY COSTOSO..... S</p> <p>USO INCONVENIENTE..... T</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... U</p> <p>OTRA: X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	<p>Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?</p>	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERÍA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EM- BARAZADA/NO TIENE REL. SEX... 4</p>	
609	<p>VERIFIQUE 311/311A: ¿ESTA USANDO UN MÉTODO?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>SÍ, USA ACTUALMENTE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO ESTÁ USANDO O NO SE HIZO PREGUNTA</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		<p>614</p>
610	<p>¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>612</p>
611	<p>¿Qué método preferiría usar?</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>VAGINALES..... 08</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 09</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10</p> <p>RETIRO..... 11</p> <p>OTRO: 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>INSEGURA..... 98</p>	<p>614</p>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE SEXO/ SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSICA/HISTEREC- TOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53 MUY COSTOSO..... 54 USO INCONVENIENTE..... 55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	VERIFIQUE 612 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> ⁶¹²⁼¹¹ OTRAS <input type="checkbox"/> → 614		
613	¿Ud. usaría un método si estuviera casada / o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	VERIFIQUE 216: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ 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? </div> <div> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? </div> </div> <p style="text-align: center;">SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</p>	NÚMERO <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> OTRA RESPUESTA: 96 → 616 _____ (ESPECIFIQUE)	
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?	NÚMERO..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NIÑAS <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> NIÑOS <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> CUALQUIERA <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
616 A	En los últimos 12 meses Ud. ha oído o leído algún mensaje sobre planificación familiar: ¿En la radio? ¿En la televisión? ¿En un periódico o revista?	SI NO RADIO..... 1 2 TELEVISIÓN..... 1 2 PERIÓDICO O REVISTA.... 1 2	
617	En los últimos 12 meses Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	619
618	Con quién ha comentado? Con alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F HIJO..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
619	VERIFIQUE 501: SÍ, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SÍ, CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> 501=2 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		624
619A	VERIFIQUE 311/311A: USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO USA MÉTODO <input type="checkbox"/>		621
620	Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada. Ud. diría que el uso de este método es principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo o los dos decidieron juntos?	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	622
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (pareja) sobre la planificación familiar. ¿Ud. piensa que su esposo (pareja) aprueba o desaprueba a las parejas que usan un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8	
621 A	¿Con qué frecuencia Ud. habló con su esposo acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3	
622	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		624
623	¿Ud. piensa que su esposo (pareja) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	
624	¿Usted está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando: a. Ella sabe que él tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual..... b. Ella sabe que su él tiene relaciones sexuales con otra mujer?..... c. Ella ha tenido recientemente un parto?..... d. Ella está cansada o no está de humor?.....	SI NO NS TIENE UNA ETS..... 1 2 8 OTRA MUJER..... 1 2 8 PARTO RECIENTE..... 1 2 8 CANSADA/NO DE HUMOR..... 1 2 8	

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																
701	<p>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE</p> <p>501=1,2</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA</p> <p>505=1,2,3</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>502=3</p> <p>NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN</p> <input type="checkbox"/> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>703</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div></div> <div>707</div> </div>																																	
702	Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																	
703	Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706																																
704	<p>Cuál fue el último año de estudios que aprobó?</p> <p>CIRCULE "0" SI NINGUNO</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">AÑOS</th> <th style="text-align: center;">GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	AÑOS	GRADO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO SABE.....			98	
	CIRCULE NIVEL	AÑOS	GRADO																																
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
BACHILLERATO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA...	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
NO SABE.....			98																																
706	<p>VERIFIQUE 701:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p> </div> </div>	<div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>																																	
707	¿Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	710																																
708	<p>Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia.</p> <p>¿En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?</p>	SI..... 1 NO..... 2	710																																
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	719																																
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?	<input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																	
711	<p>VERIFIQUE 710</p> <p>TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA</p> <input type="checkbox"/>	<p>NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA</p> <input type="checkbox"/>	713																																
712	¿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																																	

713	¿Ud. hizo ese trabajó para un familiar, para otros o trabaja/trabajó por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																																	
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																																	
715	¿Ud. usualmente trabaja durante todo el año, trabaja por temporada o sólo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO..... 1 POR TEMPORADA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																																																	
716	¿A Usted le pagan (pagaban) o usted gana (ganaba) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	719																																																
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS DECIDEN..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MÁS..... 5																																																	
718	En promedio, ¿cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO..... 6																																																	
719	En su hogar, ¿quién tiene la última palabra en las siguientes decisiones:	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="6">ENTREV./</th> </tr> <tr> <th>ENTRE- VISTADA</th> <th>MARIDO</th> <th>AMBOS</th> <th>ALGUIEN MÁS</th> <th>ALGUIEN MÁS</th> <th>NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. El cuidado de su salud?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>b. Hacer compras grandes del hogar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ENTREV./						ENTRE- VISTADA	MARIDO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ALGUIEN MÁS	NADIE	a. El cuidado de su salud?.....	1	2	3	4	5	6	b. Hacer compras grandes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....	1	2	3	4	5	6	e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1	2	3	4	5	6	
	ENTREV./																																																		
	ENTRE- VISTADA	MARIDO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ALGUIEN MÁS	NADIE																																													
a. El cuidado de su salud?.....	1	2	3	4	5	6																																													
b. Hacer compras grandes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6																																													
c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1	2	3	4	5	6																																													
d. Visitar a familia, amigos, o parientes?.....	1	2	3	4	5	6																																													
e. Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1	2	3	4	5	6																																													
720	VERIFIQUE 218: TIENE ALGÚN HIJO DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			720B																																															
720A	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO WAWA-WASI..... 10 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																																																	
720B	Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio desde Enero de 1995?	UN SITIO..... 1 MÁS DE UN SITIO..... 2	723																																																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
721	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO ANOTE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: "1" PARA CAPITAL DE DEPARTAMENTO "2" PARA CIUDAD		

	"3" PARA PUEBLO "4" PARA CAMPO "5" PARA EL EXTRANJERO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES PRECEDENTES HASTA ENERO DE 1995.	
722	PASE A _____	801
723	¿En qué mes y año se vino a vivir a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
724	¿En qué distrito y provincia vivía Ud. antes?	DISTRITO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> PROVINCIA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> FUERA DEL PAIS _____ <input type="text"/> <input type="text"/>
725	¿Vivía en una ciudad, en el pueblo o en el campo? SI DIJO "CIUDAD", INDAGUE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5
726	¿Por qué razón salió Ud. del último lugar donde vivía?	DESPLAZADA POR INSEGURIDAD..... 01 DAMNIFICADA POR DESASTRES..... 02 AQUÍ AYUDAN A LOS POBRES..... 03 RAZONES LABORALES..... 04 RAZONES DE EDUCACIÓN..... 05 RAZONES DE SALUD..... 06 RAZONES FAMILIARES..... 07 BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES... 08 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
727	¿Cuántas personas de su familia vinieron con Ud?	NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/>
727A	¿Quiénes? Alguién más? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE. SI VINO SOLA ESCRIBA "00".	ESPOSO/COMPAÑERO..... A HIJO(S), HIJA(S)..... B SUEGROS/PADRES..... C HERMANOS/HERMANAS..... D OTROS: _____ X (ESPECIFIQUE)
728	EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO MARQUE EL CÓDIGO APROPIADO PARA LA ACTUAL LOCALIDAD: "1" PARA CAPITAL DE DEPARTAMENTO "2" PARA CIUDAD "3" PARA PUEBLO "4" PARA CAMPO "5" PARA EL EXTRANJERO EMPIECE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y POR CADA CAMBIO REGISTRE UNA "X" EN EL MES EN EL CUAL OCURRIÓ EL CAMBIO Y EN EL MES ANTES DE LA "X" ESCRIBA EL CÓDIGO DE LA ANTERIOR RESIDENCIA	

SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS E.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	¿Usted ha oído hablar de: <div style="text-align: center;"> La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA? </div>	<div style="text-align: right;">SI NO</div> VIH..... 1 2 SIDA..... 1 2	
801A	VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		817
802	¿Hay algo que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	803A
803	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? ¿Algo más? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>PRÁCTICAS SEGURAS</p> NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... A ABSTENERSE DE TENER SEXO..... B USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS..... C SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... D EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H EXIGIR PARA UNA TRANSFUSION "SANGRE GARANTIZADA TAMIZADA PARA VIH"..... I EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... J TENER MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... K </div> <div style="width: 48%;"> <p>OTRAS PRÁCTICAS</p> EVITAR LOS BESOS..... L EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO TRADICIONAL..... N USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P OTRA: X <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div> NO SABE..... Z </div> </div>		
803A	¿Piensa usted que su riesgo de adquirir el SIDA es alto, moderado, mínimo o no tiene ningún riesgo?	ALTO..... 1 MODERADO..... 2 MINIMO..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	803C 803D
803B	¿Por qué cree que tiene (NINGUN/MINIMO) riesgo de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A UTILIZA CONDOMES SIEMPRE..... B TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... C TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES..... D ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... E NO TIENE O NO HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... F NO HA TENIDO TRANSFUSION DE SANGRE..... G EVITA INYECCIONES..... H OTRO..... X <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE..... Z	803D
803C	¿Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDOMES SIEMPRE..... A TIENE MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... B TIENE MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... C ESPOSO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... D TIENE O HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TUVO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F TUVO INYECCIONES..... G OTRO..... X <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
803D	¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA?	RADIO..... A TELEVISIÓN..... B	

	¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	PERIÓDICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIA..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELÍCULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS..... L OTRO..... X _____ ESPECIFIQUE	
803E	¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
803F	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
803G	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
803H	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	809
803I	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
809	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
811	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	815A
812	¿Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño? ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?) CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA:..... X _____ (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
815A	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815B	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador lo puede despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDEN..... 8	
817	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	818 C
817A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO..... W _____ ESPECIFIQUE OTRO..... X _____ ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
818A	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que una persona tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL..... A	PÉRDIDA DE PESO..... J	

	SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR..... D ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES E INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES.. F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H SANGRE EN LA ORINA..... I	INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M IMPOTENCIA..... N OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																			
818 B	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818 C	VERIFIQUE 512 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> → 901																				
818D	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818E	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818F	VERIFIQUE 818 B ó 818 E =1 HA TENIDO ALGUNA INFECCION GENITAL <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCIÓN GENITAL <input type="checkbox"/> → 818H																				
818G	La última vez que usted tuvo esa infección o una enfermedad de transmisión sexual, hizo algo de lo siguiente: a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular? b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional? c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica? d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente? e. ¿Se autorecetó?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÉDICO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>CURANDERO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FARMACIA/BOTICA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AMIGO/PARIENTE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AUTORECETÓ.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	MÉDICO.....	1	2	CURANDERO.....	1	2	FARMACIA/BOTICA.....	1	2	AMIGO/PARIENTE.....	1	2	AUTORECETÓ.....	1	2	
	SI	NO																			
MÉDICO.....	1	2																			
CURANDERO.....	1	2																			
FARMACIA/BOTICA.....	1	2																			
AMIGO/PARIENTE.....	1	2																			
AUTORECETÓ.....	1	2																			
818H	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																			
818I	En los últimos 12 meses ¿usted ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una pareja diferente a su pareja estable?	SI..... 1 NO..... 2																			

SECCION 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	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 viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron .</p> <p>Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos en total tuvo su mamá?</p>	<p>NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	
902	<p>VERIFIQUE 901:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>DOS O MÁS HIJOS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">↓</div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SÓLO UN HIJO (SÓLO ENTREVISTADA)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">→</div> </div> </div>		1001
903	<p>De todos los hermanos (nas) que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?</p>	<p>NÚMERO DE HERMANOS(NAS) ANTERIORES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	

904 ¿Cuál es el nombre de su hermana (no) mayor y el nombre de los que siguen?	(1) (NOMBRE)	(2) (NOMBRE)	(3) (NOMBRE)	(4) (NOMBRE)	(5) (NOMBRE)	(6) (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
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) ←
907 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (2)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (3)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (4)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (5)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (6)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A (7)
908 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A 910 NS 98
909 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
910 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él / ella murió?	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (2)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (3)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (4)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (5)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (6)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (7)
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
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
913 ¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	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
914 ¿Fue su muerte debido 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
915 ¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001

(7)	
<hr/>	
(NOMBRE)	
HOMBRE ..	1
MUJER	2
SI	1
NO	2
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PASE A 908</div> <div>←</div> </div>	
NS	8
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PASE A (8)</div> <div>←</div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
PASE A (8)	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
PASE A 910	
NS	98
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div>←</div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (8)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SI</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Pase a 914</div> <div>←</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NO</div> <div>2</div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SI</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Pase a 915</div> <div>←</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NO</div> <div>2</div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SI</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Pase a 915</div> <div>←</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NO</div> <div>2</div> </div>	
EMBARAZO 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO.... 4	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	

904 ¿Cuál es el nombre de su hermana (no) mayor y el nombre de los que siguen?	(8) (NOMBRE)	(9) (NOMBRE)	(10) (NOMBRE)	(11) (NOMBRE)	(12) (NOMBRE)	(13) (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
906 ¿(NOMBRE) está vivo (a)?	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (9)	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (10)	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (11)	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (12)	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (13)	SI 1 NO 2 PASE A 908 NS 8 PASE A (14)
907 ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<div><div></div><div></div></div> PASE A (9)	<div><div></div><div></div></div> PASE A (10)	<div><div></div><div></div></div> PASE A (11)	<div><div></div><div></div></div> PASE A (12)	<div><div></div><div></div></div> PASE A (13)	<div><div></div><div></div></div> PASE A (14)
908 ¿En qué año murió (NOMBRE)?	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> PASE A 910 NS 98
909 ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
910 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando él / ella murió?	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (9)	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (10)	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (11)	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (12)	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (13)	<div><div></div><div></div></div> SI ES HOMBRE O MURIO ANTES DE LOS 12 AÑOS PASE A (14)
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
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
913 ¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	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
914 ¿Fue su muerte debido 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
915 ¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001	<div><div></div><div></div></div> PASE A SGTE. HERMANA /O SI ES LA ULTIMA PASE A 1001

SECCIÓN 10. VIOLENCIA FAMILIAR

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																															
1001	<p>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MAS PRESENTE:</p> <p>NO CONTINÚE HASTA TENER PRIVACIDAD</p> <p>HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2</p>	1044																																
	<p>LEA A TODAS LAS ENTREVISTADAS</p> <p>Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la situación de las mujeres en el país. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y nadie tendrá conocimiento de lo que usted diga.</p>																																	
1002	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 501, 502 Y 505: ESTADO CONYUGAL</p> <p>ACTUALMENTE CASADA / UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>SEPARADA / DIVORCIADA / VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA CASADA / NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>(LEER EN PASADO)</p>	1017																																
1003	<p>Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su caso, podría decirme si las situaciones que voy a leer las vive (vivió) frecuentemente, a veces o nunca las vive (vivió).</p> <p>a. ¿Su esposo pasa (pasaba) el tiempo libre con usted?</p> <p>b. ¿Él es (era) cariñoso con usted?</p> <p>c. ¿Él la ignora (ignoraba), o es indiferente con usted?</p> <p>d. ¿Él le prohíbe (prohibía) que estudie, trabaje.?</p> <p>e. ¿Él la grita (gritaba) cuando se dirige a usted?</p> <p>f. ¿Él le dice (decía) "No sirves para nada" o frases similares?</p> <p>g. ¿Él le impide (impedía) ver a sus amistades / familiares?</p> <p>h. ¿Él le dice: "Me tienes cansado, me voy a ir de la casa"?</p> <p>i. ¿Él le dice "Si te vas te quito mis hijos"?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <th>FRECUENTEMENTE</th> <th>A VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	SI		NO	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
SI		NO																																
FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1	2	3																																
1007	<p>¿Alguna vez, su esposo o compañero la ha empujado (empujó), golpeado (golpeó) o agredido (agredió) físicamente?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1015																															
1007A	<p>¿Su esposo/compañero la agrede (agredía) físicamente frecuentemente o sólo a veces?</p>	<p>FRECUENTEMENTE..... 1</p> <p>A VECES..... 2</p> <p>NO RESPONDE..... 8</p>																																
1015	<p>¿Su esposo (compañero) toma (tomaba) bebidas alcohólicas hasta embriagarse frecuentemente, a veces o nunca?</p>	<p>FRECUENTEMENTE..... 1</p> <p>A VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																																
1017	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 501, 502 y 505: ESTADO CONYUGAL</p> <p>EN UNIÓN (CASADA/EN UNIÓN), SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna persona diferente a su esposo (compañero) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente?</p> <p>Alguna persona la ha golpeado abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO RESPONDE..... 8</p>	1022																															

PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CODIGOS | PASE A

1018	¿Quién(es)? CIRCULE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS MADRE..... A SUEGRO..... K PADRE..... B OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO..... L MADRASTRA..... C OTRO HOMBRE PARIENTE DEL PADRASTRO..... D MARIDO..... M HERMANA..... E OTRA MUJER PARIENTE SUYA..... N HERMANO..... F OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... O HIJA..... G NOVIO..... P HIJO..... H OTRO: X EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... I (ESPECIFIQUE) SUEGRA..... J	
1022	VERIFIQUE: 1007 Y 1017 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 1007= 1 O 1017=1 HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> 1007= 2 Y 1017=2 ó 8 NUNCA HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/> </div> </div>	
1023	¿Cuando fue maltratada, pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 1025
1024	¿A quién pidió ayuda? ¿A alguien más? CIRCULE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS MADRE..... A OTRA MUJER PARIENTE DEL MARIDO..... M PADRE..... B OTRO HOMBRE PARIENTE DEL MADRASTRA..... C MARIDO..... N PADRASTRO..... D OTRA MUJER PARIENTE SUYA..... O HERMANA..... E OTRO HOMBRE PARIENTE SUYO..... P HERMANO..... F NOVIO..... Q HIJA..... G MUJER AMIGA..... R HIJO..... H HOMBRE AMIGO..... S ESPOSO/COMPAÑERO..... I PROFESOR(A)..... T EXMARIDO/EXCOMPAÑERO..... J EMPLEADOR..... U SUEGRA..... K OTRO: X SUEGRO..... L (ESPECIFIQUE)	
1025	¿Cuando fue maltratada, Ud. acudió a alguna institución para buscar ayuda? SI, SÍ, ¿a cuál?	COMISARIA A JUZGADO..... B FISCALÍA..... C DEFENSORÍA MUNICIPAL (DEMUNA)..... D MINISTERIO DE LA MUJER (PROMUDEH)..... E → 1037 DEFENSORIA DEL PUEBLO..... F ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... G ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z
1030	¿Por qué razón usted no ha buscado ayuda? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE NO SABE A DONDE IR..... A NO QUIERE HACERLE DAÑO A LA VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN..... B PERSONA QUE LA AGREDIO..... H ES PARTE DE LA VIDA (NORMAL)..... C CREE QUE PUEDE RESOLVERLO SOLA..... I SIENTE QUE MERECE EL MALTRATO..... D NO CREE EN LA JUSTICIA..... J MIEDO DE DIVORCIO/SEPARACIÓN..... E HA TENIDO EXPERIENCIA NEGATIVA MIEDO DE RECIBIR MÁS GOLPES ELLA AL DENUNCIAR..... K O SUS HIJOS..... F PIENSA QUE NO VA A VOLVER A SIENTE QUE LOS DAÑOS NO FUERON OCURRIR..... L FUERTES..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1037	¿Hasta donde Ud. sabe, su padre golpeaba a su madre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	AL MENOS UN HIJO / HIJA QUE VIVE EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/>	NINGÚN HIJO / HIJA VIVE EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/>	1041																																																			
1039	¿Quién reprende o castiga a sus hijos en el hogar? ¿Alguien más?		PADRE BIOLÓGICO..... A MADRE BIOLÓGICA..... B OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y		1041																																																			
1039A	SI 1039 = A	<input type="checkbox"/>	SI 1039 = B	<input type="checkbox"/>	SI 1039 = X																																																			
1040	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">A. ¿En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos?</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">B. ¿En qué forma castiga Ud. a sus hijos?</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">C. ¿En qué forma castiga esa persona a sus hijos?</th> </tr> <tr> <td>INDAGUE: ¿De alguna otra forma?...</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PALMADAS..... A</td> <td>A..... A</td> <td>A..... A</td> </tr> <tr> <td>REPRIMENDA VERBAL..... B</td> <td>B..... B</td> <td>B..... B</td> </tr> <tr> <td>PROHIBIÉNDOLES ALGO QUE LES GUSTA..... C</td> <td>C..... C</td> <td>C..... C</td> </tr> <tr> <td>PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... D</td> <td>D..... D</td> <td>D..... D</td> </tr> <tr> <td>CON GOLPES O CASTIGO FÍSICO..... E</td> <td>E..... E</td> <td>E..... E</td> </tr> <tr> <td>DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... F</td> <td>F..... F</td> <td>F..... F</td> </tr> <tr> <td>IGNORÁNDOLOS..... G</td> <td>G..... G</td> <td>G..... G</td> </tr> <tr> <td>PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... H</td> <td>H..... H</td> <td>H..... H</td> </tr> <tr> <td>DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA..... I</td> <td>I..... I</td> <td>I..... I</td> </tr> <tr> <td>ECHÁNDOLES AGUA..... J</td> <td>J..... J</td> <td>J..... J</td> </tr> <tr> <td>QUITÁNDOLES LA ROPA..... K</td> <td>K..... K</td> <td>K..... K</td> </tr> <tr> <td>QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... L</td> <td>L..... L</td> <td>L..... L</td> </tr> <tr> <td>QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... M</td> <td>M..... M</td> <td>M..... M</td> </tr> <tr> <td>OTRA: X</td> <td>X..... X</td> <td>X..... X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					A. ¿En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos?	B. ¿En qué forma castiga Ud. a sus hijos?	C. ¿En qué forma castiga esa persona a sus hijos?	INDAGUE: ¿De alguna otra forma?...			PALMADAS..... A	A..... A	A..... A	REPRIMENDA VERBAL..... B	B..... B	B..... B	PROHIBIÉNDOLES ALGO QUE LES GUSTA..... C	C..... C	C..... C	PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... D	D..... D	D..... D	CON GOLPES O CASTIGO FÍSICO..... E	E..... E	E..... E	DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... F	F..... F	F..... F	IGNORÁNDOLOS..... G	G..... G	G..... G	PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... H	H..... H	H..... H	DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA..... I	I..... I	I..... I	ECHÁNDOLES AGUA..... J	J..... J	J..... J	QUITÁNDOLES LA ROPA..... K	K..... K	K..... K	QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... L	L..... L	L..... L	QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... M	M..... M	M..... M	OTRA: X	X..... X	X..... X	(ESPECIFIQUE)		
A. ¿En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos?	B. ¿En qué forma castiga Ud. a sus hijos?	C. ¿En qué forma castiga esa persona a sus hijos?																																																						
INDAGUE: ¿De alguna otra forma?...																																																								
PALMADAS..... A	A..... A	A..... A																																																						
REPRIMENDA VERBAL..... B	B..... B	B..... B																																																						
PROHIBIÉNDOLES ALGO QUE LES GUSTA..... C	C..... C	C..... C																																																						
PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN..... D	D..... D	D..... D																																																						
CON GOLPES O CASTIGO FÍSICO..... E	E..... E	E..... E																																																						
DEJÁNDOLOS ENCERRADOS..... F	F..... F	F..... F																																																						
IGNORÁNDOLOS..... G	G..... G	G..... G																																																						
PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO..... H	H..... H	H..... H																																																						
DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA..... I	I..... I	I..... I																																																						
ECHÁNDOLES AGUA..... J	J..... J	J..... J																																																						
QUITÁNDOLES LA ROPA..... K	K..... K	K..... K																																																						
QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... L	L..... L	L..... L																																																						
QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... M	M..... M	M..... M																																																						
OTRA: X	X..... X	X..... X																																																						
(ESPECIFIQUE)																																																								
1041	¿En qué forma la castigan (castigaban) a Ud. sus padres? ¿De alguna otra forma? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE		PALMADAS..... A REPRIMENDA VERBAL..... B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA..... C PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... D GOLPEÁNDOLA..... E QUEMÁNDOLA..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G IGNORÁNDOLA..... H PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... I DEJÁNDOLA FUERA DE CASA..... J HUNDIÉNDOLE EN AGUA..... K QUITÁNDOLE LA ROPA..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO ME CASTIGAN/CASTIGABAN..... Y																																																					
1042	¿Cree Ud. que para educar a los hijos es necesario el castigo físico? SI, SÍ ¿Con qué frecuencia?		FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO / NUNCA..... 3																																																					
1043	AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUÉLVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS DE ABAJO CON REFERENCIA A LA APLICACIÓN DEL MÓDULO DE VIOLENCIA SOLAMENTE.																																																							
1044	¿UD. TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE OTRA PERSONA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUMPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ UNA VEZ</th> <th style="text-align: center;">SÍ, MAS DE UNA VEZ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>MUJER ADULTA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>				SÍ UNA VEZ	SÍ, MAS DE UNA VEZ	NO	ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO.....	1	2	3	MUJER ADULTA.....	1	2	3																																			
	SÍ UNA VEZ	SÍ, MAS DE UNA VEZ	NO																																																					
ESPOSO/COMPAÑERO.....	1	2	3																																																					
OTRO HOMBRE ADULTO.....	1	2	3																																																					
MUJER ADULTA.....	1	2	3																																																					
1045	HORA DE FINALIZACIÓN:		HORA..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> MINUTOS..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>																																																					

SECCIÓN 11. PESO Y TALLA

PREG.		CUESTIONARIO ADICIONAL			
	ENTREVISTADORA: - EL PESO Y LA TALLA SE TOMA A TODAS LAS MUJERES ENTREVISTADAS. - SI ENTREVISTADA TIENE HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995, TOMA EL PESO Y LA TALLA DE CADA UNO DE ELLOS - EN 1102, COLUMNAS 2 A 4, ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1995 QUE AUN ESTE VIVO - EN 1103, ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995, SI LOS TUVIERA - SI ENTREVISTADA TIENE MAS DE TRES HIJOS VIVOS, NACIDOS DESDE ENERO DE 1995, UTILICE CUESTIONARIOS ADICIONALES				
		1	2	3	4
		ENTREVISTADA	NIÑO VIVO MÁS JOVEN (MENOR)	PENÚLTIMO NIÑO VIVO	ANTERIOR AL PENÚLTIMO NIÑO VIVO
1102	No. DE ORDEN DE P.212		[][]	[][]	[][]
1103	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P.212)	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____
1104	FECHA DE NACIMIENTO DE P.215 Y PREGUNTE POR EL DÍA DEL NACIMIENTO		DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]
1105	VACUNA BCG CON MARCA EN BRAZO DERECHO O EN EL HOMBRO		SE VIÓ MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA..... 2	SE VIÓ MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA..... 2	SE VIÓ MARCA..... 1 NO SE VIO MARCA..... 2
1106	TALLA (en centímetros)	[][][] . []	[][][] . []	[][][] . []	[][][] . []
1108	SE LE TOMÓ LA TALLA (TAMAÑO) ESTANDO ACOSTADO O PARADO?		ACOSTADO..... 1 DE PIE..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIE..... 2	ACOSTADO..... 1 DE PIE..... 2
1109	PESO (en kilogramos)	[][][] . []	[][][] . []	[][][] . []	[][][] . []
1110	FECHA DE PESO Y TALLA	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]	DÍA..... [][] MES..... [][] AÑO [][][][]
1111	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSÓ..... 4 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
1112	NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDió: _____ NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____				

1113	VERIFIQUE 1004: - CALCULE LA EDAD DE LOS NIÑOS EN MESES - VERIFIQUE LA TABLA SIGUIENTE Y ANOTE SI LOS VALORES DE LA TALLA Y PESO DE CADA NIÑO ESTÁN DENTRO DEL RANGO - PARA CADA NIÑO QUE ESTÁ FUERA DEL RANGO VUELVA A MEDIR Y PESAR			
1114		<div>2</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div>3</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div>4</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>
1115	TALLA DENTRO DE RANGO PESO DENTRO DE 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

TABLA DE RANGOS				
EDAD EN MESES	TALLA		PESO	
	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
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

SECCIÓN 12. ANEMIA

PREG.	CUESTIONARIO ADICIONAL																																			
1201	<p>VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR:</p> <p>EL HOGAR FUE SELECCIONADO PARA LA PRUEBA DE ANEMIA?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>SI</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>→ TERMINE LA ENTREVISTA</p> </div> </div>																																			
	<p>ENTREVISTADORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INCLUYA A LA ENTREVISTADA, TENGA O NO NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1995, EN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA. - ADEMÁS, PARA LAS QUE TIENEN NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1995, TOMA LA MUESTRA DE ELLA Y DE SUS HIJOS. - EN 1202 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1995 QUE AÚN ESTÉ VIVO. - EN 1203 ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995 - EN 1204 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS. - SI HAY MÁS DE 3 HIJOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1995 USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL 																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">1 ENTREVISTADA</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">2 ÚLTIMO NIÑO VIVO</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">3 PENÚLTIMO NIÑO VIVO</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">4 ANTERIOR AL PENÚLTIMO NIÑO VIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1202</td> <td>No. DE ORDEN DE P.212</td> <td style="text-align: center;">[][]</td> <td style="text-align: center;">[][]</td> <td style="text-align: center;">[][]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1203</td> <td>NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P.212)</td> <td style="text-align: center;">(NOMBRE) _____</td> <td style="text-align: center;">(NOMBRE) _____</td> <td style="text-align: center;">(NOMBRE) _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1204</td> <td>NIVEL DE HEMOGLOBINA</td> <td style="text-align: center;">[][]. [] G/DL</td> <td style="text-align: center;">[][]. [] G/DL</td> <td style="text-align: center;">[][]. [] G/DL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1205</td> <td>RESULTADO</td> <td> MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSÓ..... 4 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE) </td> <td> NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) </td> <td> NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1206</td> <td colspan="4"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDió: _____ [][] </div> <div> NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____ [][] </div> </div> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> <p>PROCEDA A LLENAR LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES</p> </td> </tr> </tbody> </table>		1 ENTREVISTADA	2 ÚLTIMO NIÑO VIVO	3 PENÚLTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENÚLTIMO NIÑO VIVO	1202	No. DE ORDEN DE P.212	[][]	[][]	[][]	1203	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P.212)	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	1204	NIVEL DE HEMOGLOBINA	[][]. [] G/DL	[][]. [] G/DL	[][]. [] G/DL	1205	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSÓ..... 4 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	1206	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDió: _____ [][] </div> <div> NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____ [][] </div> </div>					<p>PROCEDA A LLENAR LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES</p>			
	1 ENTREVISTADA	2 ÚLTIMO NIÑO VIVO	3 PENÚLTIMO NIÑO VIVO	4 ANTERIOR AL PENÚLTIMO NIÑO VIVO																																
1202	No. DE ORDEN DE P.212	[][]	[][]	[][]																																
1203	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P.212)	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____																																
1204	NIVEL DE HEMOGLOBINA	[][]. [] G/DL	[][]. [] G/DL	[][]. [] G/DL																																
1205	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSÓ..... 4 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE.. 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE... 3 NIÑO REHUSÓ..... 4 MADRE REHUSÓ..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE)																																
1206	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> NOMBRE DE LA PERSONA QUE MIDió: _____ [][] </div> <div> NOMBRE DE LA ASISTENTE: _____ [][] </div> </div>																																			
	<p>PROCEDA A LLENAR LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES</p>																																			

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada 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 Crítica de Campo: _____

Fecha: _____

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

- EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.
- LAS COLUMNAS 1, 3 Y 4, DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO
1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
3 PÍLDORAS
4 DIU
5 INYECCIONES
6 IMPLANTES O NORPLANT
7 CONDÓN
8 ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)
9 AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)
K RETIRO
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL. 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
3 MARIDO DESAPROBÓ
4 EFECTOS COLATERALES
5 MOTIVOS DE SALUD
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO
8 USO INCONVENIENTE
9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
C COSTO
F FATALISTA
A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)
Z NO SABE

COL. 3: Matrimonio / Unión

X EN UNIÓN (CASADA O CONVIVIENTE)
O NO EN UNIÓN

COL. 4: Movimientos y Tipos de Localidades

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

