

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
115	¿Consiguen el agua para tomar en su hogar, de la misma fuente?	SI.....1 NO.....2	117
116	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los integrantes de su hogar?	AGUA DE TUBERIA EN LA CASA.....01 AGUA DE TUBERIA EN EL PATIO O LOTE.....02 CANILLA PUBLICA.....03 POZO CON BOMBA DE MANO.....04 POZO SIN BOMBA DE MANO.....05 RIO, MANANTIAL, AGUA DE SUPERF.....06 CAMION TANQUE, OTRO VENDEDEDOR.....07 ALJIBE.....08 OTRO.....09 (ESPECIFIQUE)	
117	¿Qué tipo de servicio sanitario/baño tiene su hogar?	WATER CON ARRASTRE DE AGUA.....1 LETRINA.....2 OTRO.....3 (ESPECIFIQUE) NO HAY SERVICIOS.....4	
118	¿Tiene su casa: electricidad? una radio? un televisor? una heladera?	SI NO ELECTRICIDAD.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISOR.....1 2 HELADERA.....1 2	
119	Cuántas habitaciones en su casa son usadas para dormir?	HABITACIONES.....	<input type="text"/>
120	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)	LADRILLO.....1 BALDOSA.....2 CERAMICA.....3 CEMENTO.....4 MADERA.....5 TIERRA.....6 OTRO.....7 ESPECIFIQUE	
121	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)	LADRILLO O CEMENTO.....1 ADOBE.....2 ESTAQUEO.....3 TABLA.....4 OTRO.....5 ESPECIFIQUE	
122	¿Posee algún miembro de su hogar: una bicicleta? una motocicleta? un automovil (no de trabajo)	SI NO BICICLETA.....1 2 MOTOCICLETA.....1 2 AUTOMOVIL (NO DE TRABAJO)..1 2	
123	¿Cual religion profesa usted?	NO CREYENTE.....1 CATOLICA.....2 EVANGELICA/PROTESTANTE.....3 OTRA.....4 ESPECIFIQUE	125
124	¿Cuntas veces por mes asiste a las ceremonias de su religión?	TODAS LAS SEMANAS.....1 UNA VEZ POR MES.....2 MENOS DE UNA VEZ POR MES.....3 NUNCA.....4 NO RESPONDE.....5	
125	¿Que idioma hablan habitualmente la mayoría de los miembros de este hogar?	GUARANI.....1 ESPAÑOL.....2 ESPAÑOL Y GUARANI.....3 OTRO.....4 ESPECIFIQUE	201
126	¿Pueden hablar y entender español?	SI.....1 NO.....2	

SECCION 2. REPRODUCCION

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los nacidos vivos o nacidas vivas que haya tenido durante toda su vida. Ha tenido usted algún hijo nacido vivo?	SI.....1 NO.....2→206					
202	De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	SI.....1 NO.....2→204					
203	¿Cuántos hijos varones viven con usted? ¿Cuántas hijas mujeres viven con usted? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE '00'.	HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
204	De los hijos que tuvo, ¿hay algún hijo o hija que esté vivo pero que no vive con usted?	SI.....1 NO.....2→206					
205	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted? ¿Y cuántas hijas mujeres están vivas pero no viven con usted? SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE '00'.	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
206	¿Dio alguna vez a luz a un niño o niña que nació vivo pero que falleció después? SI LA RESPUESTA ES "NO" INDAGUE: ¿Tuvo algún otro hijo o hija que lloró o dió alguna señal de vida, pero que solo sobrevivió por algunas horas o días?	SI.....1 NO.....2→208					
207	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Y cuántas hijas mujeres han muerto? SI LA REPUESTA ES "NINGUNO/A" ANOTE '00'.	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
208	SUME LAS RESPUESTAS DADAS A 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HAY RESPUESTA, ANOTE '00'.	TOTAL.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
209	<p>VERIFIQUE 208:</p> <p>Solo para estar segura de que tengo la información correcta: usted tuvo en TOTAL ____ nacidos vivos durante toda su vida. ¿Está correcto?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201-209 DE SER NECESARIO</p>						
210	<p>VERIFIQUE 208:</p> <p>UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUNO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p>		→225				

211 Ahora me gustaría hablar con usted de todos los hijos que ha tenido, ya sea que estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo.

(ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS EN 212. ANOTE LOS NACIMIENTOS MÚLTIPLES EN LINEAS SEPARADAS).

212 ¿Qué nombre tiene su (primer, segundo, etc) hijo?	213 ¿Fue este nacimiento de mellizos o fue un nacimiento sencillo?	214 Es (NOMBRE) niño o niña?	215 En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	216 ¿Está (NOMBRE)? vivo(a)	217 SI VIVE: ¿Cuántos años cumplió (NOMBRE) en su último cumpleaños? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	218 SI VIVE: Está (NOMBRE) viviendo con usted?	219 SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD ¿Con quién vive (NOMBRE)? SI ES 15 O MAS PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO	220 SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía cuando falleció? SI TENIA UN AÑO:INDAGUE:¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE EN DIAS SI TENIA MENOS DE UN MES, EN MESES SI TENIA MENOS DE DOS AÑOS, O EN AÑOS PARA DOS O MAS
01 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
02 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
03 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
04 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
05 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
06 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
07 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
08 <hr/> (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES.... AÑO....	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS 	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3

212 ¿Qué nombre tiene su (primer, segundo, etc) hijo?	213 ¿Fue este un nacimiento de mellizos o fué un nacimiento sencillo?	214 Es (NOMBRE) niño o niña?	215 En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su Cumpleaños?	216 ¿Está (NOMBRE)? vivo(a)	217 SI VIVE: ¿Cuántos años cumplió (NOMBRE) en su último cumpleaños? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	218 SI VIVE: Está (NOMBRE) viviendo con usted?	219 SI ES MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD ¿Con quién vive (NOMBRE)? SI ES 15 O MAS PASE AL SIGUIENTE NACIDO VIVO	220 SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía cuando falleció? SI TENIA UN AÑO: INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE EN DIAS SI TENIA MENOS DE UN MES, EN MESES SI TENIA MENOS DE DOS AÑOS, O EN AÑOS PARA DOS O MAS
--	--	---------------------------------	--	--------------------------------	---	--	--	---

09 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
10 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
11 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
12 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3
13 (NOMBRE)	SENC...1 MULT...2	NIÑO..1 NIÑA..2	MES... AÑO...	SI...1 NO...2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI.....1 (PASE AL PROXIMO)< NO.....2	PADRE.....1 OTRO FAMILIAR..2 ALGUIEN MAS...3 (PASE AL PROX.)	DIAS...1 MESES...2 AÑOS...3

221 COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS DE MAS ARRIBA Y ANOTE SEGUN CORRESPONDA:

LOS NUMEROS SON LOS MISMOS

LOS NUMEROS SON DIFERENTES (INDAGUE Y CORRIJA LA CONTRADICION)

VERIFIQUE:

PARA CADA NACIDO VIVO: QUE EL AÑO DE NACIMIENTO ES REGISTRADO

PARA CADA NIÑO SOBREVIVIENTE: QUE LA EDAD ACTUAL ES REGISTRADA

PARA CADA NIÑO MUERTO: QUE LA EDAD AL MORIR ES REGISTRADA

PARA NIÑOS QUE MURIERON A LA EDAD 12 MESES: QUE SE INDAGO PARA DETERMINAR EL NUMERO DE MESES

222 VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 1985. SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 224.

223 POR CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1985 ANOTE UNA "M" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES. ESCRIBA EL NOMBRE EN FRENTE DEL CODIGO "M".

224 AL FINAL DEL CALENDARIO, ANOTE EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1985, SI EXISTE.

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
225	¿Está usted embarazada?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	→228
226	¿Hace cuántos meses que está embarazada? ANOTE "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA.	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	¿Cuando usted quedó embarazada, quería quedar embarazada <u>entonces</u> , quería esperar hasta <u>más tarde</u> , o <u>no</u> quería quedar embarazada?	ENTONCES1 MAS TARDE.....2 DE NINGUNA MANERA.....3	
228	Ha tenido alguna vez un embarazo (NO SE INCLUYE EL EMBARAZO ACTUAL) en el cual tuvo pérdida, abortó o terminó con un nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	→234
229	¿Cuándo terminó el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
230	VERIFIQUE 229: FECHA TERMINO ULTIMO EMBARAZO DESPUES DE ENERO 1985 <input type="checkbox"/>	ANTES DE ENERO 1985 <input type="checkbox"/>	→234
231	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó? ANOTE "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO.	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	¿Tuvo alguna vez otro embarazo en el cual tuvo pérdida, abortó o terminó con un nacido muerto?	SI.....1 NO.....2	→234
233	PREGUNTE POR FECHAS Y DURACION DE ALGUN OTRO EMBARAZO HASTA ENERO DE 1985. ANOTE UNA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES EN QUE EL EMBARAZO TERMINO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES.		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
234	¿Cuándo empezó su última menstruación? (TARJETA A)	DIAS ATRAS.....1 <input type="checkbox"/> SEMANAS ATRAS.....2 <input type="checkbox"/> MESES ATRAS.....3 <input type="checkbox"/> AÑOS ATRAS.....4 <input type="checkbox"/> ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO...994 NUNCA MENTRUO.....995 EN MENOPAUSIA.....996	
235	¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual? (TARJETA A)	UNA SEMANA ANTES QUE LA MENSTRUACION COMIENZE.....1 DURANTE LA MENSTRUACION.....2 UNA SEMANA DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENZE.....3 DOS SEMANAS DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENZE.....4 TRES SEMANAS DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENZE.....5 NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL.....6 OTRO.....7 (ESPECIFIQUE) NO SABE (INDAGAR).....8 NO RESPONDE.....9	
236	VERIFIQUE 104: LA ENTREVISTADA TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	LA ENTREVISTADA TIENE 25 O MAS AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	301
237	¿Cual de estas frases describe mejor su forma de pensar acerca de las relaciones sexuales? (TARJETA B)	ESTA DE ACUERDO CON QUE LOS JOVENES TENGAN RELACIONES SEXUALES CON SUS AMIGOS.....1 ESTA DE ACUERDO CON QUE LOS NOVIOS QUE NO TENGAN PLANES CASARSE TENGAN RELAC. ANTES DEL MATRIMONIO.....2 ESTA DE ACUERDO CON TENER REL. SEX. ANTES DEL MATRIM. SOLO SI LA PAREJA TIENE PLANES DE MATRIMONIO.....3 NUNCA ESTAS DE ACUERDO CON TENER RELAC.SEX. ANTES DEL MATRIMONIO.....4 NO TIENE OPINION.....8 NO RESPONDE.....9	
238	Vamos a considerar un caso de una joven NO CASADA o UNIDA que quedó embarazada por un joven que le gusta, pero no lo ama. ¿Con cuál de las siguientes alternativas usted estaría de acuerdo? (TARJETA C)	HACERSE UN ABORTO.....1 TENER EL BEBE Y DARLO EN ADOPCION.....2 TENER EL BEBE Y CRIARLO SIN PAREJA.....3 CONVENCER AL JOVEN PARA CASARSE O UNIRSE.....4 OBLIGAR AL JOVEN A CASARSE.....5 NO TIENE OPINION (INDAGAR).....8 NO RESPONDE.....9	

SECCION 3: ANTICONCEPCION

301 Ahora me gustaria hablar sobre planificacion familiar, o sea las diferentes formas o los diferentes metodos que una pareja puede usar para postergar o evitar un embarazo. ¿De cuáles metodos ha oído hablar? ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 1 EN 302 CORRESPONDIENTE A CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. CONTINUE HACIA ABAJO CON LA COLUMNA, LEYENDO EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 2 SI EL METODO SE RECONOCE, Y EL NUMERO 3 SI NO SE RECONOCE. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS 303 Y 304 CORRESPONDIENTES A CADA METODO DONDE LOS NUMEROS 1 Y 2 EN LA PREGUNTA 302 ESTEN ENCERRADOS EN UN CIRCULO, ANTES DE SEGUIR CON EL METODO SIGUIENTE.

	302 Ha oído hablar alguna vez de (METODO)? LEA LA DESCRIPCION DE CADA METODO.	303 ¿Ha usado alguna vez el (METODO)?	304 ¿Sabe usted adónde podría ir una persona, si quisiera usar (EL METODO)?
01] PILDORA o pastilla anticonceptiva que las mujeres pueden tomar todos los días'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
02] DIU, espiral o T de cobre que puede ser colocada en la mujer por un doctor o enfermera'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
03] INYECCIONES anticonceptiva para evitar que la mujer quede embarazada y que puede ser aplicada por un doctor o enfermera'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
04] METODOS VAGINALES como espumas, jaleas, cremas, tabletas, o diafragma que la mujer puede colocarse dentro antes de relaciones sexuales'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
05] CONDON O PRESERVATIVO que los hombres pueden usar durante las relaciones sexuales'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
06] ESTERILIZACION FEMENINA O LIGADURA con la cual las mujeres pueden operarse para evitar tener más hijos'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	Se ha hecho usted la operación para evitar tener mas hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
07] VASECTOMIA 'u operacion del hombre para no tener más hijos'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	Se ha hecho su esposo la operación para evitar tener mas hijos? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
08] METODO DE BILLINGS 'Algunas parejas no tienen relaciones sexuales en ciertos días del mes para que la mujer no quede embarazada'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	¿Sabe adónde una persona puede obtener consejo sobre el método de Billings? SI.....1 NO.....2
09] RITMO 'o control de la menstruación (calendario)'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
10] RETIRO 'El se retira antes de terminar'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
11] YUYOS 'u otro método tradicional'.	SI/ESPONT.....1 SI/RECONOC.....2 NO.....3	SI.....1 NO.....2	
12] OTRO METODO '¿Ha oído usted hablar de alguna otra manera o método usado por las mujeres o los hombres para evitar el embarazo?'. 1 _____ (ESPECIFIQUE) 2 _____ (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONT.....1 NO.....3	SI.....1 NO.....2 SI.....1 NO.....2	

305 VERIFIQUE 303:

POR LO MENOS UN "SI" (ALGUNA VEZ HA USADO) → PASE A 309

NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
306	¿Ha usado usted algo alguna vez, o ha tratado de alguna manera de postergar o evitar el embarazo?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	→308
307	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA CADA MES EN BLANCO		
307A	SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 306 FUE 'NO' ENTONCES PASE A LA PREGUNTA		→333
308	¿Qué ha usado o qué ha hecho usted? CORRIJA 303-305 (Y 302 SI ES NECESARIO).		
309	¿Qué fue lo primero que hizo o qué método usó para evitar quedar embarazada?	PASTILLA.....01 DIU.....02 INYECCION.....03 ESPUMAS/JALEAS/CREMAS/ TABLETAS/DIAFRAGMA.....04 CONDON O PRESERVATIVO.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 METODO BILLINGS.....08 RITMO.....09 RETIRO.....10 YUYOS, METODOS TRADICIONALES 11 OTRO.....12 ESPECIFIQUE	→311
310	¿Adónde consiguió este método la primera vez?	HOSPITAL PUBLICO.....01 CENTRO DE SALUD PUBLICO.....02 CLINICA DE PLANIFICACION FAMIL.03 DISTRIBUIDORA DE P. F.04 MEDICO PARTICULAR.....05 HOSPITAL O CLINICA PRIVADOS.....06 FARMACIA.....07 ALMACEN.....08 AMIGOS/FAMILIARES.....09 OTRO.....10 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
311	¿Cuántos hijos vivos en total tenía usted en ese momento si tenía alguno? SI NO TIENE NINGUNO, ANOTE '00'	NUMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
312	VERIFIQUE 225: NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		→331
313	VERIFIQUE 303: MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		→315A
314	¿Está haciendo algo ahora o usando algún método para evitar quedar embarazada?	SI.....1 NO.....2	→331
315	¿Qué método está usando usted?*	PASTILLA.....01 DIU.....02 INYECCION.....03 ESPUMAS/JALEAS/CREMAS/ TABLETAS/DIAFRAGMA.....04 CONDON O PRESERVATIVO.....05 ESTERILIZACION FEMENINA.....06 ESTERILIZACION MASCULINA.....07 METODO BILLINGS.....08 RITMO.....09 RETIRO.....10 YUYOS, METODOS TRADICIONALES...11 OTROS.....12 ESPECIFIQUE	→323
315A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA ENCIERRE EL '06' EN UN CIRCULO.		→321 →326

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
316	Quando usted comenzó a usar la píldora, consultó con un doctor o una enfermera?	SI1 NO2 NO SABE8	
317	La última vez que consiguió la píldora, consultó con un doctor o una enfermera?	SI1 NO2 NO SABE8	
318	Por favor, puede mostrarme la caja de píldoras que está usando? (ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	MOSTRO LA CAJA1 NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> <input type="text"/> → 320 NO PUDO MOSTRARLA2	
319	¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando ahora? (ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA)	NOMBRE DE LA MARCA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE98	
320	¿Cuánto le cuesta una caja/ciclo de píldoras?	COSTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS996 NO SABE998 → 323	
321	¿En qué mes y año tuvo usted (su esposo o compañero) la operación?	FECHA MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
322	ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O A ENERO DE 1985, SI LA OPERACION TUVO LUGAR ANTES DE 1985		
323	<p>VERIFIQUE 315 Y 315A</p> <p>ELLA/EL ESTERILIZADA/A <input type="checkbox"/> USANDO OTRO METODO <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓</p> <p>¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿Dónde obtuvo (EL METODO) por última vez?</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL SITIO)</p>	CEPEP01 CENTRO O PUESTO DE SALUD02 HOSPITAL PUBLICO03 CLINICA O MEDICO PARTICULAR04 HOSPITAL PARTICULAR05 FARMACIA06 DISTRIBUCION COMUNITARIA07 → 326 ELLA MISMA O SU COMPAÑERO08 PARTERA09 MERCADO10 IGLESIA11 AMIGA/O12 OTRO13 → 326 (ESPECIFIQUE) NO SABE98	
324	¿Cuánto tiempo toma ir de su casa a ese sitio?	MINUTOS1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE998	
325	¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?	FACIL1 DIFICIL2	
326	¿Por que razón decidió usar (EL METODO DE 315) en lugar de otro método de planificación familiar?	RECOMENDACION DE TRABAJADOR DE PLANIFICACION FAMILIAR01 RECOMENDACION DE AMIGO/FAMILIAR02 EFECTOS SECUNDARIOS DE OTROS METODOS03 CONVENIENCIA04 ACCESO/DISPONIBILIDAD05 COSTO06 DESEABA METODO PERMANENTE07 PREFERENCIA DEL MARIDO08 DESEABA METODO MAS EFECTIVO09 OTRA RAZON10 (ESPECIFIQUE) NO SABE98	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
327	¿Ha tenido algún problema al usar (EL METODO ACTUAL)?	SI.....1 NO.....2	→329
328	¿Cuál es el principal problema que ha tenido?	COMPAÑERO DESAPRUEBA.....01 EFECTOS COLATERALES.....02 PREOCUPACIONES DE SALUD.....03 ACCESO/DISPONIBILIDAD.....04 COSTO MUY ELEVADO.....05 INCONVENIENTE DE USAR.....06 FUE ESTERILIZADA, PERO QUIERE TENER MAS HIJOS.....07 OTRO08 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
329	VERIFIQUE 315 AND 321:	NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA DESDE ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/>	→342 →331
330	ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 315 EN EL MES ACTUAL EN LA COL.1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - ¿Cuándo empezó a usar este método continuamente? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO) SOLO SI REQUIERE INDAGAR: - ¿Por cuánto tiempo ha estado usando el método continuamente? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) _____		
331	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar quedar embarazada. <input type="checkbox"/> EMBARAZADA _____ → 331A <input type="checkbox"/> USUARIAS ACTUALES: PASE A 331A <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE: PASE A 331B		
PREGUNTAS ILUSTRATIVAS PARA LAS COLUMNAS 1 Y 2:			
331A	USO EN INTERVALO ABIERTO-USUARIAS ACTUALES	* ¿Qué método usó antes de (METODO DE USO ACTUAL)? pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ULTIMO NACIDO VIVO) _____ * En qué mes y año comenzó a usar (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) la última vez? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO) _____ * Por cuánto tiempo usó (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) la antes de dejar de usarlo por última vez? (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) _____ * ¿Cuál es la razón principal por la cual dejó de usar (METODO ANTERIOR AL ACTUAL) en ese entonces? _____ (ANOTE LA RAZON DE TERMINACION EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO) _____ PASE A 331C	
331B	USO EN INTERVALO ABIERTO-NO USA ACTUALMENTE	<u>Algún Nacido Vivo:</u> * ¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo, ha usado algún método para no quedar embarazada? _____ v <u>Ningún Nacido Vivo:</u> * ¿Cual fue el último método que usó? _____ * ¿En que mes y año comenzo a usar (ULTIMO METODO)? _____ (ANOTE EL CODIGO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO) * ¿Por cuanto tiempo usó (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? _____ (ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO) * ¿Cual fué la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO): _____ v (ANOTE CODIGO DE RAZON EN COLUMNA 2)	

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 222: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1985 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO 1985 <input type="checkbox"/> (PASE A 441)		
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NUMERO DE LINEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1985 COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. HAGÁ LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.			
	NUMERO DE LINEA DE LA PREG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DE LA P. 212 Y DE LA P. 216	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
402A	En qué mes y año falleció? (NOMBRE)	MES.....1 <input type="text"/> AÑO.....2 <input type="text"/>	MES.....1 <input type="text"/> AÑO.....2 <input type="text"/>	MES.....1 <input type="text"/> AÑO.....2 <input type="text"/>
403	¿Cuando usted quedó embarazada (con NOMBRE), quería tener ese niño entonces, quería esperar hasta más tarde, o no quería más niños?	ENTONCES.....1 (PASE A 405)← MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 405)←	ENTONCES.....1 (PASE A 405)← MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 405)←	ENTONCES.....1 (PASE A 405)← MAS TARDE.....2 NO MAS.....3 (PASE A 405)←
404	¿Cuánto más tiempo hubiera querido esperar?	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> AÑOS.....2 <input type="text"/> NO SABE.....998
405	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) vió a alguien para que la examinara? SI LA RESPUESTA ES 'SI' ¿A quién vió? ¿Vió a alguien mas? INDAGUE QUE CATEGORIA DE PERSONAS Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE VIO.	MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARTIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H (PASE A 409)←	MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARTIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H (PASE A 409)←	MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARTIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H (PASE A 409)←
406	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para que le hiciera el primer control?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98
407	Durante su primer control prenatal le examinaron para: Sangre? Orina? Presión Arterial? Control de Peso?	SI NO SANGRE (VHR)..... 1 2 ORINA..... 1 2 PRESION ARTERIAL.. 1 2 CONTROL DE PESO... 1 2	SI NO SANGRE (VHR)..... 1 2 ORINA..... 1 2 PRESION ARTERIAL.. 1 2 CONTROL DE PESO... 1 2	SI NO SANGRE (VHR)..... 1 2 ORINA..... 1 2 PRESION ARTERIAL.. 1 2 CONTROL DE PESO... 1 2
408	¿Cuántas visitas de cuidado prenatal tuvo usted durante éste embarazo?	NUMERO DE VISITAS... <input type="text"/> NO SABE.....98	NUMERO DE VISITAS... <input type="text"/> NO SABE.....98	NUMERO DE VISITAS... <input type="text"/> NO SABE.....98
409	Cuando estuvo embarazada de (NOMBRE), le pusieron vacuna contra el tétano?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 411)← NO SABE.....8
410	¿Cuántas veces recibió la inyección?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE.....8

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
411	¿Dónde tuvo su parto cuando nació (NOMBRE)? SU CASA.....1 OTRA CASA.....2 CLINI. SANATORIO PRIVADO..3 CENTRO DE SALUD.....4 HOSPITAL.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	SU CASA.....1 OTRA CASA.....2 CLINI. SANATORIO PRIVADO..3 CENTRO DE SALUD.....4 HOSPITAL.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	SU CASA.....1 OTRA CASA.....2 CLIN. SANATORIO PRIVADO..3 CENTRO DE SALUD.....4 HOSPITAL.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
412	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Le atendió alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONA FUE Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS CALIFICADAS MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO GINECOLOGO.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H
412A	¿Quién examinó a (NOMBRE) en el momento del nacimiento? ¿Le examinó alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONA FUE Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS CALIFICADAS MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H
413	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) a tiempo o antes de tiempo (prematuro)? A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8	A TIEMPO.....1 PREMATURO.....2 NO SABE.....8
414	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
415	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer? SI.....1 NO.....2 (PASE A 417) <	SI.....1 NO.....2 (PASE A 417) <	SI.....1 NO.....2 (PASE A 417) <
416	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? GRMS..... NO SABE.....9998	GRMS..... NO SABE.....9998	GRMS..... NO SABE.....9998
417	¿Cuando (NOMBRE) nació era él/ella grande, normal, o chico? GRANDE.....1 NORMAL.....2 CHICO.....4 NO SABE.....8	GRANDE.....1 NORMAL.....2 CHICO.....4 NO SABE.....8	GRANDE.....1 NORMAL.....2 CHICO.....4 NO SABE.....8
417A	¿Después de nacido el bebe ¿le llevo usted a control? SI.....1 NO.....2 NO SABE.....3 PASE A 418 <	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....3 PASE A 420 <	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....3 PASE A 420 <
417b	¿Cuántos tiempo después de haber nacido el bebe le llevo al primer control? MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98	MESES..... NO SABE.....98
417c	¿Quién la atendió en el control de (NOMBRE)? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONA FUE Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS CALIFICADAS MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H	MEDICO.....A MEDICO PEDIATRA.....B OBSTETRA PROFESIONAL.....C ENFERMERA.....D PARTERA CHAE.....E PARIENTE.....F OTRA.....G (ESPECIFIQUE) NADIE.....H
418	¿Le ha vuelto la menstruación desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI.....1 NO.....2 (PASE A 420) <		
419	ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL (O EMBARAZO ACTUAL) Y LUEGO PASE A LA PREGUNTA 421. (PASE A 421)		
420	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió a usted la menstruación? ANOTE "X" EN LA COL.3 DEL CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y CADA UNO DE LOS MESES QUE NO TUVO LA MENSTRUACION. SI MENOS DE UN MES SIN MENSTRUACION ANOTE "0" EN LA COL. 3 EN MES DESPUES DEL NACIMIENTO.		

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
421	SI ESTA EMBARAZADA ANOTE '1' DE OTRO MODO PREGUNTE: ¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)?	SI (O EMBARAZ.).....1 (PASE A 423)← NO.....2		
422	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO COMENZANDO POR EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO Y CADA UNO DE LOS MESES HASTA EL MES ACTUAL Y LUEGO PASE A LA PREGUNTA 424. (PASE A 424)			
423		¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió usted a tener relaciones sexuales?	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió usted a tener relaciones sexuales?	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió usted a tener relaciones sexuales?
	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE ESTUVO SIN TENER RELACIONES SEXUALES, COMENZANDO POR EL MES INMEDIATAMENTE SIGUIENTE AL MES DEL NACIMIENTO. SI ESTUVO MENOS DE UN MES SIN RELACIONES SEXUALES, ANOTE "0" EN LA COL.4 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.			
424	¿Le dió pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI.....1 (PASE A 426)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 433)← NO.....2	SI.....1 (PASE A 433)← NO.....2
425	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO(A)/MURIO.....3 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....4 SIN LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO RECHAZO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 435) ←	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO(A)/MURIO.....3 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....4 SIN LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO RECHAZO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 435) ←	MADRE ENFERMA/DEBIL.....1 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL.....2 NIÑO(A)/MURIO.....3 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....4 SIN LECHE.....5 TRABAJANDO.....6 NIÑO RECHAZO.....7 OTRO.....8 (ESPECIFIQUE) (PASE A 435) ←
426	¿Al cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? ANOTE EN DIAS, SI MAS DE 24 HORAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
427	SI MURIO ANOTE '2' DE OTRO MODO PREGUNTE: ¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 433)←		
428	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL			
429	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) entre el anochece de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>		
430	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>		

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE
431	¿En algún momento de ayer o o de anoche, le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente?: Agua sola? Agua azucarada? Jugo? Té herbal? Fórmula para bebé? Leche fresca? Otra leche? Otros líquidos? Algún alimento sólido o puré?	SI NO AGUA SOLA.....1 2 AGUA AZUCARADA.....1 2 JUGO.....1 2 TE DE HIERBAS(COCIDO)..1 2 LECHE MATERNIZADA.....1 2 LECHE DE VACA.....1 2 OTRA LECHE.....1 2 OTROS LIQUIDOS.....1 2 ALGUN ALIMENTO SOLIDO O PURE.....1 2 OTROS.....1 2 ESPECIFIQUE		
432	VERIFIQUE 431: SOLIDO O LIQUIDO DADO AYER?	'SI' EN UNO O MAS <input type="checkbox"/> v (PASE A 437)	'NO' EN TODOS <input type="checkbox"/> v (PASE A 436)	
433		¿Durante cuántos meses usted le dió pecho a(NOMBRE)?	¿Durante cuántos meses usted le dió pecho a(NOMBRE)?	¿Durante cuántos meses usted le dió pecho a(NOMBRE)?
ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE LE TUVO AL PECHO, EMPEZANDO CON EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO. SI LE DIO PECHO POR MENOS DE UN MES, ANOTE "0" EN LA COLUMNA 5 EN EL MES SIGUIENTE DESPUES DEL NACIMIENTO.				
434	¿Por qué dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERM/DEBIL.....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRA.....10 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERM/DEBIL.....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRA.....10 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO ENFERM/DEBIL.....02 NIÑO MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 SIN LECHE.....05 TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 OTRA.....10 (ESPECIFIQUE)
435	VERIFIQUE 216: ¿ESTA EL NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> v (PASE A 437)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> v (PASE A 437)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> v (PASE A 437)
436	¿Se le dió a (NOMBRE) agua o algo mas de beber, o alguna comida? (OTRO ALIMENTO ADEMAS DE LECHE DE PECHO)	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 439)<
437	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle lo siguiente en forma permanente? Leche maternizada o leche diferente que leche de pecho Agua u otros líquidos? Algún alimento sólido o puré?	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 (SI MENOS DE UN MES ANOTE '00')	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 (SI MENOS DE UN MES ANOTE '00' Y PASE A 439)	EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 EDAD EN MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO LE DIO.....96 (SI MENOS DE UN MES ANOTE '00' Y PASE A 439)

NUMERO DE LINEA DE LA PREG.212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____																																																																																																												
446	¿Tiene una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI', ¿Puedo verla, por favor?	SI, LA VIO.....1 (PASE A 448) <---2 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 450) <---3 NO HAY TARJETA.....3	SI, LA VIO.....1 (PASE A 448) <---2 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 450) <---3 NO HAY TARJETA.....3	SI, LA VIO.....1 (PASE A 448) <---2 SI, NO LA VIO.....2 (PASE A 450) <---3 NO HAY TARJETA.....3																																																																																																												
447	¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI.....1 PASE A 450) <---2 NO.....2	SI.....1 PASE A 450) <---2 NO.....2	SI.....1 PASE A 450) <---2 NO.....2																																																																																																												
448	(1)COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS DE VACUNACION PARA CADA VACUNA (2)ESCRIBA '44' EN LA COLUMNA DE 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA, PERO NO HAY FECHA ANOTADA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS SABIN</td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS SABIN</td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS SABIN</td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS TRIPLE</td><td>D1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS TRIPLE</td><td>D2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS TRIPLE</td><td>D3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA</td><td>SA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				1a DOSIS SABIN	P1			2a DOSIS SABIN	P2			3a DOSIS SABIN	P3			1a DOSIS TRIPLE	D1			2a DOSIS TRIPLE	D2			3a DOSIS TRIPLE	D3			ANTISARAMPIONOSA	SA			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS SABIN</td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS SABIN</td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS SABIN</td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS TRIPLE</td><td>D1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS TRIPLE</td><td>D2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS TRIPLE</td><td>D3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA</td><td>SA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				1a DOSIS SABIN	P1			2a DOSIS SABIN	P2			3a DOSIS SABIN	P3			1a DOSIS TRIPLE	D1			2a DOSIS TRIPLE	D2			3a DOSIS TRIPLE	D3			ANTISARAMPIONOSA	SA			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS SABIN</td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS SABIN</td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS SABIN</td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1a DOSIS TRIPLE</td><td>D1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2a DOSIS TRIPLE</td><td>D2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3a DOSIS TRIPLE</td><td>D3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTISARAMPIONOSA</td><td>SA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	BCG				1a DOSIS SABIN	P1			2a DOSIS SABIN	P2			3a DOSIS SABIN	P3			1a DOSIS TRIPLE	D1			2a DOSIS TRIPLE	D2			3a DOSIS TRIPLE	D3			ANTISARAMPIONOSA	SA		
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
1a DOSIS SABIN	P1																																																																																																															
2a DOSIS SABIN	P2																																																																																																															
3a DOSIS SABIN	P3																																																																																																															
1a DOSIS TRIPLE	D1																																																																																																															
2a DOSIS TRIPLE	D2																																																																																																															
3a DOSIS TRIPLE	D3																																																																																																															
ANTISARAMPIONOSA	SA																																																																																																															
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
1a DOSIS SABIN	P1																																																																																																															
2a DOSIS SABIN	P2																																																																																																															
3a DOSIS SABIN	P3																																																																																																															
1a DOSIS TRIPLE	D1																																																																																																															
2a DOSIS TRIPLE	D2																																																																																																															
3a DOSIS TRIPLE	D3																																																																																																															
ANTISARAMPIONOSA	SA																																																																																																															
	DIA	MES	AÑO																																																																																																													
BCG																																																																																																																
1a DOSIS SABIN	P1																																																																																																															
2a DOSIS SABIN	P2																																																																																																															
3a DOSIS SABIN	P3																																																																																																															
1a DOSIS TRIPLE	D1																																																																																																															
2a DOSIS TRIPLE	D2																																																																																																															
3a DOSIS TRIPLE	D3																																																																																																															
ANTISARAMPIONOSA	SA																																																																																																															
449	¿Ha recibido (NOMBRE) vacunas que no están registradas en ésta tarjeta?	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <---2 ESCRIBA "88" EN LA COL. DE DIA EN 448) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <---2 ESCRIBA "88" EN LA COL. DE DIA EN 448) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)	SI.....1 (INDAGAR POR VACUNAS Y <---2 ESCRIBA "88" EN LA COL. DE DIA EN 448) NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 452)																																																																																																												
450	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vacuna para prevenirlo contra las enfermedades?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) <---8 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) <---8 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452) <---8 NO SABE.....8																																																																																																												
451	Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas: BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el brazo que deja una cicatriz? Vacuna contra la Polio, esto es, gotas en la boca? (camapaña de Sabin) SI LA RESPUESTA ES "SI": ¿Cuántas veces? ¿Una inyección contra el sarampión?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																																																																																												
452	VERIFIQUE 216: ESTA EL NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 454)																																																																																																												
453	REGRESE A 446 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; O, SI NO HAY MAS, PASE A 481																																																																																																															

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	
454	¿Ha estado (NOMBRE) en algún momento enfermo(a) con fiebre en las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
455	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en las dos últimas semanas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 458)←
456	Cuánto tiempo le ha durado la tos?	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI MENOS DE UN DIA, ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI MENOS DE UN DIA, ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI MENOS DE UN DIA, ANOTE '00')
457	¿Cuándo (NOMBRE) estaba enfermo con la tos, respiraba más rápido que de costumbre (respiraciones cortas y rápidas)?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
458	¿Podría usted darme un valor estimado del número de veces que (NOMBRE) tuvo fiebre o tos durante los últimos doce meses?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8 8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8 8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8 8
459	VERIFIQUE 454 Y 455: FIEBRE O TOS?	"SI" EN "NO" O "NO SABE" 454 O 455 EN 454 O 455 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → (PASE A 463)	"SI" EN "NO" O "NO SABE" 454 O 455 EN 454 O 455 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → (PASE A 463)	"SI" EN "NO" O "NO SABE" 454 Y 455 EN 454 O 455 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → (PASE A 463)
460	¿Qué le dieron para tratarle la enfermedad, si le dieron algo? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA COSA QUE SE MENCIONE)	SIN TRATAMIENTO.....A INYECCION.....B ANTIBIOTICO (pastilla jarabe).....C JARABE PARA LA TOS(expect. antitusivo, antialerg.)..D GOTAS PARA LA FIEBRE.....E REMEDIOS CASEROS/YUYOS/HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....G (ESPECIFIQUE)	SIN TRATAMIENTO.....A INYECCION.....B ANTIBIOTICO (pastilla jarabe).....C JARABE PARA LA TOS(expect. antitusivo, antialerg.)..D GOTAS PARA LA FIEBRE.....E REMEDIOS CASEROS/YUYOS/HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....G (ESPECIFIQUE)	SIN TRATAMIENTO.....A INYECCION.....B ANTIBIOTICO (pastilla jarabe).....C JARABE PARA LA TOS(expect. antitusivo, antialerg.)..D GOTAS PARA LA FIEBRE.....E REMEDIOS CASEROS/YUYOS/HIERBA MEDICINAL.....F OTRO.....G (ESPECIFIQUE)
461	¿Consulto usted con alguien por la fiebre/tos?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 463)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 463)←	SI.....1 NO.....2 (PASE A 463)←
461A	¿Fue (NOMBRE) hospitalizado?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2
462	¿De quién o de donde buscó usted consejo o tratamiento? ¿Alguien más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SE MENCIONE)	PUESTO SALUD-MINISTERIO...A CENTRO SALUD-MINISTERIO...B SANATORIO/HOSP. PRIVADO...C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACEUTICO.....I MEDICO NANA-CURANDERO...J CONSULT. DOCTOR PRIVADO...K OBSTETRA PROFESIONAL...L PARTERA CHAE.....M OTRO.....N ESPECIFIQUE	PUESTO SALUD-MINISTERIO...A CENTRO SALUD-MINISTERIO...B SANATORIO/HOSP. PRIVADO...C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACEUTICO.....I MEDICO NANA-CURANDERO...J CONSULT. DOCTOR PRIVADO...K OBSTETRA PROFESIONAL...L PARTERA CHAE.....M OTRO.....N ESPECIFIQUE	PUESTO SALUD-MINISTERIO...A CENTRO SALUD-MINISTERIO...B SANATORIO/HOSP. PRIVADO...C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACEUTICO.....I MEDICO NANA-CURANDERO...J CONSULT. DOCTOR PRIVADO...K OBSTETRA PROFESIONAL...L PARTERA CHAE.....M OTRO.....N ESPECIFIQUE

	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
463	¿Podría usted darme un valor estimado del número de veces que (NOMBRE) tuvo diarrea durante los últimos doce meses?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8 8 (SI '00' PASE A 464)	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 8 8 (SI '00' PASE A 464)
463A	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea durante las dos últimas semanas?	SI.....1 (PASE A 465) NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 (PASE A 465) NO.....2 NO SABE.....8
464		REGRESE A 446 PARA EL NACIDO VIVO SIGUIENTE SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS PASE A 481	REGRESE A 446 PARA EL NACIDO VIVO SIGUIENTE SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS PASE A 481
465	¿Ha tenido (NOMBRE) diarrea las últimas 24 horas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
466	¿Cuánto tiempo le duró la diarrea/Cuanto tiempo le ha durado la diarrea?	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI MENOS DE UN DIA, ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI MENOS DE UN DIA, ANOTE '00')
467	¿Había sangre en las deposiciones?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 471)	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 471)
468	VERIFIQUE 427: ¿LE DA TODAVIA EL PECHO AL ULTIMO NIÑO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> v (PASE A 471)	
469	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea varió usted la frecuencia de alimentación al pecho?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 471)	
470	Incrementó el número de veces que usted le alimento las <u>redujo</u> o dejó de darle <u>completamente</u> el pecho?	INCREMENTO.....1 REDUJO.....2 DEJO COMPLETAMENTE.....3	
471	(Además del pecho) Le dió de tomar a el/ella la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más cantidad, o menos cantidad?	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8	LO MISMO.....1 MAS.....2 MENOS.....3 NO SABE.....8
472	Le dió a (NOMBRE) suero oral o suero para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
472A	Le dió a (NOMBRE) agua de arroz para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
473	Le dió a (NOMBRE) un líquido especial preparado con azúcar, sal y agua?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____			
474	VERIFIQUE 472 Y 473: LE DIERON AL NIÑO LIQUIDO DEL PAQUETE (472) Y/O LIQUIDO CASERO ESPECIAL (473)?	SI LE DIO LIQUIDO (PQT./CASERO) <input type="checkbox"/> v	NO LE DIO LIQUIDO <input type="checkbox"/> v (PASE A 476)	SI LE DIO LIQUIDO (PQT./CASERO) <input type="checkbox"/> v	NO LE DIO LIQUIDO <input type="checkbox"/> v (PASE A 476)	SI LE DIO LIQUIDO (PQT./CASERO) <input type="checkbox"/> v	NO LE DIO LIQUIDO <input type="checkbox"/> v (PASE A 476)
475	¿Cuántos días le estuvo dando a (NOMBRE) este líquido?	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (SI MENOS DE UN DIA ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (SI MENOS DE UN DIA ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (SI MENOS DE UN DIA ANOTE '00')	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 (SI MENOS DE UN DIA ANOTE '00')		
476	¿Le dieron alguna otra cosa para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 478)<- NO SABE.....8					
477	¿Qué le dieron para tratar- le la diarrea? ¿Alguna otra cosa? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA COSA QUE MENCIONE)	ANTIBIOTICO.....1 JARABE PARA LA DIARREA...1 GOTAS PARA LA DIARREA...1 INYECCION INTRAMUSCULAR...1 INYECCION INTRAVENOSA...1 REMEDIO CASERO/HIERBA MEDICINAL.....1 OTRA _____ 1 (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICO.....1 JARABE PARA LA DIARREA...1 GOTAS PARA LA DIARREA...1 INYECCION INTRAMUSCULAR...1 INYECCION INTRAVENOSA...1 REMEDIO CASERO/HIERBA MEDICINAL.....1 OTRA _____ 1 (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICO.....1 JARABE PARA LA DIARREA...1 GOTAS PARA LA DIARREA...1 INYECCION INTRAMUSCULAR...1 INYECCION INTRAVENOSA...1 REMEDIO CASERO/HIERBA MEDICINAL.....1 OTRA _____ 1 (ESPECIFIQUE)	ANTIBIOTICO.....1 JARABE PARA LA DIARREA...1 GOTAS PARA LA DIARREA...1 INYECCION INTRAMUSCULAR...1 INYECCION INTRAVENOSA...1 REMEDIO CASERO/HIERBA MEDICINAL.....1 OTRA _____ 1 (ESPECIFIQUE)		
478	¿Buscó ayuda o tratamiento para la diarrea?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 480)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 480)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 480)<	SI.....1 NO.....2 (PASE A 480)<		
478A	¿Fue (NOMBRE) hospitalizado?	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2		
479	¿A quién consultó o adonde recurrió para su el trata- miento de la diarrea? ¿Alguien más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA PERSONA O INSTITUCION QUE MENCIONE)	PUESTO SALUD MINISTERIO...A CENTRO SALUD MINISTERIO...B SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO..C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACIA.....I MEDICO ÑANA-CURANDERO...J CONSULTORIO DOCT.PRIVADO..K OBSTETRA PROFESIONAL.....L PARTERA CHAE.....M OTRO _____ N (ESPECIFIQUE)	PUESTO SALUD MINISTERIO...A CENTRO SALUD MINISTERIO...B SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO..C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACIA.....I MEDICO ÑANA-CURANDERO...J CONSULTORIO DOCT.PRIVADO..K OBSTETRA PROFESIONAL.....L PARTERA CHAE.....M OTRO _____ N (ESPECIFIQUE)	PUESTO SALUD MINISTERIO...A CENTRO SALUD MINISTERIO...B SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO..C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACIA.....I MEDICO ÑANA-CURANDERO...J CONSULTORIO DOCT.PRIVADO..K OBSTETRA PROFESIONAL.....L PARTERA CHAE.....M OTRO _____ N (ESPECIFIQUE)	PUESTO SALUD MINISTERIO...A CENTRO SALUD MINISTERIO...B SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO..C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACIA.....I MEDICO ÑANA-CURANDERO...J CONSULTORIO DOCT.PRIVADO..K OBSTETRA PROFESIONAL.....L PARTERA CHAE.....M OTRO _____ N (ESPECIFIQUE)		
480	REGRESE A 446 PARA EL SIGUIENTE NACIMIENTO; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 481.						

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
481	VERIFIQUE 472: AL MENOS UN 'SI' EN 472 INDICANDO QUE SI LE DIO EL SUERO ORAL A ALGUN NACIDO VIVO	'NO' O 'NO SABE' EN 472 O SI NO SE HIZO LA PREGUNTA 472	484
482	¿Ha oído hablar alguna vez de un producto especial llamado suero oral que puede conseguir para tratar la diarrea?	SI.....1 NO.....2	484
483	¿Ha visto antes un paquete parecido a éste? (MUESTRELE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	487
484	¿Ha preparado una solución con uno de estos paquetes para tratar la diarrea en usted o en alguien más? (MUESTRELE EL PAQUETE)	SI.....1 NO.....2	486
485	¿Qué cantidad de agua utilizó para preparar el paquete de suero oral?	1½ LITRO.....1 1 LITRO.....2 1 1½ LITROS.....3 2 LITROS.....4 SIGUIO INSTRUCC. DEL PAQUETE.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....8	
486	¿Adónde puede conseguir el paquete de suero oral? INDAGUE: ¿En alguna otra parte? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODO LO QUE SE MENCIONE.	PUESTO SALUD MINISTERIO.....A CENTRO SALUD MINISTERIO.....B SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO.....C HOSPITAL DE CLINICAS.....D CRUZ ROJA.....E CONSULTORIO IPS.....F HOSPITAL IPS.....G HOSPITAL MILITAR.....H FARMACIA.....I MEDICO NANA-CURANDERO.....J CONSULTORIO DOCT.PRIVADO.....K OBSTETRA PROFESIONAL.....L PARTERA CHAE.....M OTRO.....N (ESPECIFIQUE) NO SABE.....P	
487	VERIFIQUE 473: SI LA RESPUESTA ES 'SI' EN 473 INDICANDO QUE MENCIONO EL LIQUIDO CASERO	SI LA RESPUESTA ES 'NO' O 'NO SABE' O SI NO SE HIZO LA PREGUNTA 473	489
488	¿Quién le enseñó a preparar este líquido casero hecho de azúcar, sal y agua que le dieron a (NOMBRE)?	PUESTO SALUD MINISTERIO.....01 CENTRO SALUD MINISTERIO.....02 SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO.....03 HOSPITAL DE CLINICAS.....04 CRUZ ROJA.....05 CONSULTORIO IPS.....06 HOSPITAL IPS.....07 HOSPITAL MILITAR.....08 FARMACIA.....09 MEDICO NANA-CURANDERO.....10 CONSULTORIO DOCT.PRIVADO.....11 OBSTETRA PROFESIONAL.....12 PARTERA CHAE.....13 OTRO.....14 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	
489	¿Cuándo su niño(a) se enferma a donde suele usted llevarlo(s)?	PUESTO SALUD MINISTERIO.....01 CENTRO SALUD MINISTERIO.....02 SANATORIO/HOSPIT.PRIVADO.....03 HOSPITAL DE CLINICAS.....04 CRUZ ROJA.....05 CONSULTORIO IPS.....06 HOSPITAL IPS.....07 HOSPITAL MILITAR.....08 FARMACIA.....09 MEDICO NANA-CURANDERO.....10 CONSULTORIO DOCT.PRIVADO.....11 OBSTETRA PROFESIONAL.....12 PARTERA CHAE.....13 OTRO.....14 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....98	

SECCION 5. NUPCIALIDAD

NO.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	¿Ha estado usted alguna vez casada o unida con un hombre?	SI.....1 NO.....2	504
502	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 6 DEL CALENDARIO PARA MES DE LA ENTREVISTA, Y EN CADA MES HACIA ATRAS HASTA ENERO DE 1985.		
503	SI NUNCA ESTUVO EN UNION: ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales?	SI.....1 NO.....2	510 514
504	¿Esta usted casada o unida ahora con un hombre, o es usted viuda, divorciada, o no viven ya juntos?	CASADA.....1 VIVE EN UNION.....2 VIUDA.....3 DIVORCIADA.....4 SEPARADA.....5	506
505	¿Está su esposo/compañero viviendo con usted o está viviendo en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA.....1 VIVE EN OTRA PARTE.....2	
506	¿Ha estado usted casada o ha estado unida con un hombre, solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ.....1 MAS DE UNA VEZ.....2	
507	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su primer esposo/compañero?	EDAD..... <input type="text"/>	
508	¿En qué mes y año empezó a vivir con él? COMPARE Y CORRIJA 507 Y/O 508 SI HAY INCONSISTENCIA.	MES..... <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	
509	DETERMINE CUANTOS MESES HA ESTADO CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1985. ANOTE UNA "X" EN LA COLUMNA 6 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y ANOTE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION DESDE ENERO DE 1985. PARA LAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O QUE HAN TENIDO MAS DE UNA UNION: INDAGUE LA FECHA EN LA QUE LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O LA FECHA EN QUE ENVIUDO Y LA FECHA DE INICIACION DE ALGUNA UNION POSTERIOR.		
510	Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad. ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	
511	¿Cuántas veces al mes <u>generalmente</u> tiene usted relaciones sexuales?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	
512	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?	HACE UNOS DIAS.....1 HACE UNAS SEMANAS.....2 HACE UNOS MESES.....3 HACE UNOS AÑOS.....4 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..996	<input type="text"/>
513	¿Qué edad tenía cuando tuvo por primera vez relaciones sexuales?	EDAD..... <input type="text"/> PRIMERA VEZ CUANDO CASADA O UNIDA.....96	
514	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS...1 2 ESPOSO.....1 2 OTROS HOMBRES.....1 2 OTRAS MUJERES.....1 2	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 315: NINGUNO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ELLA O EL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	606	
602	VERIFIQUE 501 y 504: ACTUALMENTE CASADA O VIVE EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE NO CASADA O NO VIVE EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	611	
603	Ahora le voy a preguntar algunas cosas acerca del futuro? VERIFIQUE 225 Y MARQUE EN EL RECUADRO: NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURO <input type="checkbox"/> Quisiera tener un/otro hijo o preferiria no tener un/más hijo/s? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiria no tener más hijos?	TENER UN (OTRO) HIJO.....1 NO MAS.....2 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....3 INDECISA O NO SABE.....8	609
604	VERIFIQUE 225 Y MARQUE EN EL RECUADRO NO ESTA EMBARAZADA O ESTA INSEGURO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar a partir de ahora antes de tener un/otro hijo? EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo que está esperando antes de tener otro hijo?	DURACION MESES.....1 AÑOS.....2 PRONTO/AHORA.....994 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.....995 OTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE.....998	609
605	VERIFIQUE 216: SI NO TIENE HIJOS, HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE "96". DE OTRO MODO PREGUNTE: ¿Cuántos años quisiera que tuviera su hijo menor antes de tener el siguiente hijo?	EDAD DEL MENOR AÑOS..... NO TIENE NIÑOS VIVOS.....96 NO SABE.....98	609
606	¿Siente que usted/su esposo se haya operado para no tener (más) hijos?	SI.....1 NO.....2	608
607	¿Por qué lo siente?	MUJER QUIERE OTRO NIÑO.....1 ESPOSO QUIERE OTRO NIÑO.....2 EFECTOS SECUNDARIOS.....3 OTRA RAZON _____ 4 (ESPECIFIQUE)	611
608	Dadas las presentes circunstancias, si tuviera que hacerlo de nuevo, cree usted que volvería a tomar la misma decisión de esterilizarse?	SI.....1 NO.....2	611
609	Ha discutido alguna vez con su marido o compañero acerca del número de hijos que les gustaría tener?	SI.....1 NO.....2	
610	¿Cree usted que su marido/compañero quiere el mismo número de hijos que usted quiere, o el quiere más o el quiere menos de los que usted quiere?	MISMO NUMERO.....1 MAS HIJOS.....2 MENOS HIJOS.....3 NO SABE.....8	
611	VERIFIQUE 216 Y MARQUE EL RECUADRO: NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si pudiera escoger el número exacto de hijos que va a tener en toda su vida, cuántos serían? TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si pudiera retroceder al tiempo en el que no tenia ningún hijo y pudiera escoger exactamente el número de hijos que iría a tener durante toda su vida, cuántos serían? ANOTE EL NUMERO O CUALQUIER OTRA RESPUESTA	NUMERO..... OTRA RESPUESTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

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

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 501 y 504: ACTUALMENTE CASADA O VIVE EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/> ↓ HAGA PREGUNTAS ACERCA DEL MARIDO/COMPAÑERO MAS RECIENTE.	ACTUALMENTE NO CASADA O NO VIVE EN UNION LIBRE <input type="checkbox"/> → 708	
702	¿Asistió su marido/compañero alguna vez a la escuela?	SI.....1 NO.....2 → 705	
703	¿Cuál fue el nivel escolar más alto que el cursó: primario, secundario, o superior?	PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 SUPERIOR.....3 NO SABE.....8 → 705	
704	¿Cuál fue el último grado/año que el aprobó en ese nivel?	GRADO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	
705	¿De qué clase de trabajo se ocupa/ocupaba primordialmente su (último) marido o compañero?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
	VERIFIQUE 705: TRABAJABA (TRABAJABA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> ↓ NO TRABAJA (TRABAJABA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> → 708		
707	¿Trabaja/trabajaba su esposo/compañero principalmente en la tierra de él o de la familia, en tierra alquilada, o en la tierra dealguien más?	TIERRA DE EL/DE LA FAMILIA.....1 TIERRA ALQUILADA.....2 LA TIERRA DE ALGUIEN MAS.....3	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
708	¿Desde Enero de 1985, ha vivido en una sola localidad o en más de una localidad?	UNA LOCALIDAD.....1 MAS DE UNA LOCALIDAD.....2	710
709	ANOTE (EN COL.7 DEL CALENDARIO) EL CODIGO APROPIADO PARA LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA ACTUAL ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). COMIENCIE CON EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES SUBSIGUIENTES HASTA LLEGAR A ENERO DE 1985.		
709A	PASE A LA PREGUNTA _____ 711		
710	<p>En qué mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DONDE TIENE LUGAR LA ENTREVISTA O AL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL SI ESTA NO ES SU RESIDENCIA)</p> <p>ANOTE (EN LA COL.7 DEL CALENDARIO) "X" EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, Y EN LOS MESES SUBSIGUIENTES ANOTE EL CODIGO APROPIADO PARA LOS DISTINTOS TIPO DE LOCALIDAD ("1" CIUDAD, "2" PUEBLO, "3" CAMPO). CONTINUE PREGUNTANDO SOBRE LAS COMUNIDADES ANTERIORES Y ANOTE LOS TRASLADOS Y TIPOS DE LOCALIDADES CORRESPONDIENTES.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dónde vivía antes.....? - En qué mes y año llegó aquí? - Este sitio está en la ciudad, en un pueblo o en el campo? 		
711	<p>MENCIONE EL SITIO DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1985:</p> <p>¿Cuándo se trasladó a (SITIO DE RESIDENCIA EN ENERO DE 1985)?</p>	<p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE MES.....98</p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE AÑO.....98</p> <p>SIEMPRE VIVIO ALLI.....96</p>	713
712	¿El lugar de donde usted se mudó es una ciudad, un pueblo o es campo?	<p>CIUDAD.....1</p> <p>PUEBLO.....2</p> <p>CAMPO.....3</p>	
713	<p>Me gustaría preguntarle acerca de su actividad laboral. Como usted sabe, muchas mujeres, además de ocuparse de las labores de la casa, trabajan en algo por lo cual reciben pago en dinero o en otra forma.</p> <p>¿Trabaja Usted actualmente en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	716
714	¿Ha trabajado alguna vez desde Enero de 1985?	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p>	716
715	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO EN CADA MES DESDE ENERO DE 1985 HASTA EL MES ACTUAL.		
715A	PASE A LA PREGUNTA _____ 720		
716	¿Cuál es (fue) su ocupación más reciente? esto es, ¿Qué tipo de trabajo tiene(tenía)?	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
717	<p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR SOBRE TODOS LOS PERIODOS EN QUE TRABAJÓ, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O EL MAS RECIENTE, REGRESANDO A ENERO DE 1985. ANOTE CODIGO PARA NO TRABAJÓ Y O PARA TIPO DE TRABAJÓ EN COLUMNA 8.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo empezó su trabajo y (cuándo terminó)? - ¿Qué hizo antes de eso? - ¿Por cuánto tiempo trabajo esa vez? - ¿Era usted independiente o empleado? - ¿Le pagaban por este trabajo? - ¿Trabajaba en la casa o fuera de la casa? - ¿Trabajador por cuenta propia o asalariado? 		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	PASE CATEGORIAS Y CODIGOS	A
718	VERIFIQUE EN LA COLUMNA 8 DEL CALENDARIO: TRABAJABA EN ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/>	NO TRABAJABA EN ENERO DE 1985 <input type="checkbox"/>	720
719	Me doy cuenta que estuvo trabajando en Enero de 1985 ¿Cuándo comenzó ese trabajo?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	722
720	Me doy cuenta que no estuvo trabajando en Enero de 1985 ¿Trabajó alguna vez antes de Enero de 1985?	SI.....1 NO.....2	722
721	¿Cuándo terminó el trabajo que tenía antes de Enero de 1985?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES.....98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO.....98	
722	VERIFIQUE 215/216/218: TIENE HIJO NACIDO DESDE ENERO DE 1985 Y VIVIENDO EN CASA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	726
723	VERIFIQUE 713: ESTA ACTUALMENTE TRABAJANDO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	726
724	Mientras usted trabaja tiene <u>habitualmente</u> a (NOMBRE DEL HIJO MENOR) con usted, lo tiene <u>algunas veces</u> con usted, o <u>nunca</u> lo tiene con usted?	HABITUALMENTE.....1 ALGUNAS VECES.....2 NUNCA.....3	726
725	¿Quién cuida de (NOMBRE DEL HIJO MENOR) mientras usted trabaja?	ESPOSO/COMPAÑERO.....01 NIÑO(S) MAYOR (ES).....02 OTROS FAMILIARES.....03 VECINOS.....04 AMIGOS.....05 SIRVIENTE/EMPLEADO DOMESTICO....06 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA.....07 GUARDERIA INFANTIL.....08 OTRO _____ 09 (ESPECIFIQUE)	
726	ANOTE LA HORA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

INSTRUCCIONES: SOLAMENTE PUEDE APARECER UN CODIGO EN CADA RECUADRO. TODO LOS MESES DE LAS COLUMNAS 1, 6, 7 Y 8 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA:

- COL.1: Nacimientos, Embarazos, uso de Anticonceptivos
- N NACIMIENTOS
 - E EMBARAZOS
 - T TERMINACIONES
 - 0 NINGUN METODO
 - 1 PILDORA
 - 2 DIU
 - 3 INYECCION
 - 4 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA
 - 5 CONDON
 - 6 ESTERILIZACION FEMENINA
 - 7 ESTERILIZACION MASCULINA
 - 8 METODO DE BILLINGS
 - 9 RITMO
 - A RETIRO
 - Y OTRO _____

- COL.2: Interrupción del Uso de Anticonceptivos
- 1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
 - 2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA
 - 3 COMPAÑERO DESAPROBABA
 - 4 EFECTOS SECUNDARIOS
 - 5 PREOCUPACIONES POR LA SALUD
 - 6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
 - 7 QUERIA METODO MAS EFECTIVO
 - 8 INCONVENIENTE DE USAR
 - 9 SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS
 - C COSTO
 - D DIFIC. EN QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
 - F FATALISTA
 - S DISOLUCION MATRIMONIAL/SEPARACION
 - W OTRA (ESPECIFIQUE) _____
 - K NO SABE

- COL.3: Amenorrea después del parto
- X NO VOLVIO LA REGLA
 - 0 MENOS DE UN MES

- COL.4: Abstinencia después del parto
- X NO TUVO RELACIONES SEXUALES
 - 0 MENOS DE UN MES

- COL.5: Lactancia
- X DANDO EL PECHO
 - 0 MENOS DE UN MES

- COL.6: Matrimonio/Unión
- X EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS)
 - 0 NO ESTA EN UNION

- COL.7: Cambios y sitios de Residencia
- X CAMBIO DE RESIDENCIA
 - 1 CIUDAD
 - 2 PUEBLO
 - 3 CAMPO

- COL.8: Clase de Trabajo
- 0 NO TRABAJA
 - 1 EMPLEO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA
 - 2 EMPLEO REMUNERADO, EN LA CASA
 - 3 INDEPENDIENTE, FUERA DE LA CASA
 - 4 INDEPENDIENTE, EN LA CASA
 - 5 TRABAJADOR NO REMUNERADO, FUERA DE LA CASA
 - 6 TRABAJADOR NO REMUNERADO, EN LA CASA

12 DIC 90												01 DIC
11 NOV 90												02 NOV
10 OCT 90												03 OCT
09 SEP 90												04 SEP
08 AGO 90												05 AGO 1
07 JUL 90												06 JUL 9
06 JUN 90												07 JUN 9
05 MAY 90												08 MAY 0
04 ABR 90												09 ABR
03 MAR 90												10 MAR
02 FEB 90												11 FEB
01 ENE 90												12 ENE

12 DIC 89												13 DIC
11 NOV 89												14 NOV
10 OCT 89												15 OCT
09 SEP 89												16 SEP
08 AGO 89												17 AUG 1
07 JUL 89												18 JUL 9
06 JUN 89												19 JUN 8
05 MAY 89												20 MAY 9
04 ABR 89												21 ABR
03 MAR 89												22 MAR
02 FEB 89												23 FEB
01 ENE 89												24 ENE

12 DIC 88												25 DIC
11 NOV 88												26 NOV
10 OCT 88												27 OCT
09 SEP 88												28 SEP
08 AGO 88												29 AUG 1
07 JUL 88												30 JUL 9
06 JUN 88												31 JUN 8
05 MAY 88												32 MAY 8
04 ABR 88												33 ABR
03 MAR 88												34 MAR
02 FEB 88												35 FEB
01 ENE 88												36 ENE

12 DIC 87												37 DIC
11 NOV 87												38 NOV
10 OCT 87												39 OCT
09 SEP 87												40 SEP
08 AGO 87												41 AUG 1
07 JUL 87												42 JUL 9
06 JUN 87												43 JUN 8
05 MAY 87												44 MAY 7
04 ABR 87												45 ABR
03 MAR 87												46 MAR
02 FEB 87												47 FEB
01 ENE 87												48 ENE

12 DIC 86												49 DIC
11 NOV 86												50 NOV
10 OCT 86												51 OCT
09 SEP 86												52 SEP
08 AGO 86												53 AUG 1
07 JUL 86												54 JUL 9
06 JUN 86												55 JUN 8
05 MAY 86												56 MAY 6
04 ABR 86												57 ABR
03 MAR 86												58 MAR
02 FEB 86												59 FEB
01 ENE 86												60 ENE

12 DIC 85												61 DIC
11 NOV 85												62 NOV
10 OCT 85												63 OCT
09 SEP 85												64 SEP
08 AGO 85												65 AUG 1
07 JUL 85												66 JUL 9
06 JUN 85												67 JUN 8
05 MAY 85												68 MAY 5
04 ABR 85												69 ABR
03 MAR 85												70 MAR
02 FEB 85												71 FEB
01 ENE 85												72 ENE

← ESTA USANDO EN ENERO 85: Cuando comenzó a usar (EL METODO)?

← NO ESTA USANDO EN ENERO 85: PREGUNTE SI USO ANTES ALGUN METODO Y ANOTE CUANDO DEJO DE USAR

← FECHA DEL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO ANTES DE ENERO DE 1985

NOMBRE _____

SECCION 8. PESO Y TALLA

801	VERIFIQUE 222: UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1, 1985 <input type="checkbox"/>	SIN HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1, 1985 <input type="checkbox"/>	TERMINE ENTREVISTA <input type="checkbox"/>
-----	--	--	---

ENTREVISTADOR: EN 802-804, ANOTE EL NUMERO DE LINEA, NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO 1, 1985 EMPEZANDO CON EL MAS JOVEN. ANOTE EL PESO Y LA TALLA EN 805 Y 806.

	1] ULTIMO HIJO VIVO	2] PENULTIMO HIJO VIVO	3] ANTEPENULTIMO HIJO VIVO
802 LINEA NO. DE P. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
803 NOMBRE DE P. 212	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
804 FECHA DE NACIMIENTO DE P. 215 PREGUNTE EL DIA	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>
805 PESO (en kgs)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
806 TALLA (en cms)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
807 CICATRIZ DE BCG EN EL BRAZO O ESPALDA	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2	CICATRIZ OBSERVADA.....1 SIN CICATRIZ.....2
808 FECHA DE MEDICION DEL PESO Y LA TALLA	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>
809 RESULTADO	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO.....1 HIJO ENFERMO.....2 HIJO NO PRESENTE.....3 HIJO RECHAZO.....4 MADRE RECHAZO.....5 OTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
810 NOMBRE DEL MEDIDOR:	<input type="text"/>	NOMBRE DEL ASISTENTE:	<input type="text"/>

* Si la persona que mide no dispone del cuestionario individual, ésta página deberá incluir la identificación de la madre.

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(para ser completado después de terminar la entrevista)

En relación con la persona entrevistada: _____

En relación con la preguntas: _____

En relación con otros aspectos: _____

Nombre de la encuestadora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL EDITOR

Nombre del editor de campo: _____ Fecha: _____