

CONGLOMERADO:	□	□	□	□
HOGAR:	□	□		

SIRVASE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION ANTES DE IR A LOS HOGARES PARA REALIZAR LAS ENTREVISTAS.

Información del Lugar	Código	Personal de la Encuesta	Nombre	Código	Fecha
Distrito (Nombre: _____)		Entrevistador			
Ciudad (Nombre: _____)		Supervisor			
Área de Enumeración/ Sector Censal		Ingreso de Datos			
Código de Identificación del Hogar (de la Lista de Enumeración)		Validación de Datos			
Dirección:					
Descripción de como llegar a la casa:					
Coordenadas de GPS :					
Teléfono / Otra Información para Comunicarse:					
	Primera Visita	Segunda Visita	Tercera Visita		
Fecha					
Hora de Inicio					
Hora de Término					
Duración					
Resultados	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8		

Códigos para Resultados de Visita

Se finalizó entrevista.....	1
No se finalizó entrevista (Explicar a continuación).....	2
Encuestado Imprescindible No Disponible (Hacer Cita.).....	3
Se reprogramó Entrevista (Indique fecha de próxima cita abajo.).....	4
Nadie en Casa.....	5
Temporalmente fuera de Hogar.....	6
Rehusó Participar.....	7
Vivienda Desocupada (Nadie vive aquí).....	8

OBSERVACIONES:

19. Calendario de Salud del Niño (1 de 1) (JC)

CADA cuidador principal de niños **menores de 5 años de edad** (antes del 5º cumpleaños).

(El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general, es la madre.)

DEBERÍA IMPRIMIR VARIAS COPIAS PARA INCLUIRLAS EN CADA CUESTIONARIO, O TENER EXTRAS PARA USO DEL ENTREVISTADOR.

(REPETIR TODA LA SECCION 19 PARA CADA NIÑO < 5 AÑOS DE EDAD)




G.19.0. CODIGO DE ID DEL NINO: [] **NOMBRE DEL NINO:** _____

Ahora, quisiera hablar acerca de la salud de [NOMBRE] en los últimos 14 días, él / ella tuvo:

	G.19.1	G.19.2	G.19.3	G.19.4	G.19.5	G.19.6	G.19.7	G.19.8	G.19.9	G.19.10	G.19.11	G.19.12	G.19.13	G.19.14
En los últimos 14 días, él / ella ha tenido...	¿Fiebre?	¿Tos constante?	¿Congestión o goteo nasal?	¿Jadeos / sibidos / dificultad para respirar?	¿Dolor de estómago o calambres?	¿Náuseas?	¿Vómitos?	¿3 o más deposiciones en un día y una noche?	¿Deposiciones aguadas o blandas?	¿Moco o sangre en las deposiciones?	¿Se negó a comer / ser alimentado?	Abrasión, raspados, contusión dolorosa?	¿Picazón, comezón en la piel o cuero cabelludo?	¿Cree que estos [síntomas] son / fueron serios?
A. NO SABE: -99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99	-99
SI : 1	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
NO : 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
¿Cuándo comenzó el [Síntoma]?	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
B. hace días..... 1	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	1 [] []	
Ó	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	2 [] []	
C. hace semanas..... 2	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	
¿Cuántos días duraron los (Síntomas)?	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
Hace cuántos días														14
D. 14														
E. 13														13
F. 12														12
G. 11														11
H. 10														10
I. 9														9
J. 8														8
K. 7														7
L. 6														6
M. 5														5
N. 4														4
O. 3														3
P. 2														2
Q. Ayer 1														1
R. Hoy 0														0

20. Resumen de Calendario de Salud del Niño (1 de 2) (JC)

CADA cuidador principal de niños **menores de 5 años de edad** (antes del 5º cumpleaños). (El cuidador principal es la persona con quien el niño pasa más tiempo. Por lo general, es la madre)

G.20.1. COPIAR EL CÓDIGO DE IDENTIFICACION Y EL NOMBRE DE CADA PERSONA MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD. (UTILICE LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION DE LA LISTA DE LA PAGINA 1.)		G.20.2. ¿RESPONDIO "SI" A LAS PREGUNTAS DE TOS CONSTANTE, CONGESTION, EN (G.19.2. - G.19.4.)? SI.....1 NO.....2 [>>G.20.6.]	G.20.3.  CONTAR LA CANTIDAD DE VECES QUE EL NIÑO ELEVÓ EL TORAX DURANTE 30 SEGUNDOS. NO SE PUDO OBSERVAR.....-99 SE NEGÓ.....-98 EL NIÑO NO ESTABA PRESENTE.....-95 >>[G.20.6] RESPIRACIONES / 30 SEGUNDOS _____	G.20.4.  ¿OBSERVA USTED UNA RETRACCION DE LA PARED TORAXICA INFERIOR? SI.....1 NO.....2 SE NEGÓ A SER OBSERVADO.....-98 NO SE PUDO OBSERVAR-99	G.20.5.  ¿ESCUCHO EL JADEO O SILBIDO DEL NIÑO AL MOMENTO QUE INHALÓ? SI.....1 NO.....2 SE NEGÓ A SER OBSERVADO.....-98 NO SE PUDO OBSERVAR.....-99	G.20.6. ¿RESPONDÍO "SI" A LAS PREGUNTAS DE DIARREA O SINTOMAS RESPIRATORIOS EN (G.19.1. - G.19.12.)? SI.....1 NO.....2 [>> G.20.9.]	G.20.7. En los últimos 14 días, pidió consejo médico con respecto a [NOMBRE]? De ser así, ¿de qué tipo? No.....1 [>>G.20.9.] Visita de día al doctor.....2 Pasó la noche en un centro de salud (hospital, posta o clínica)..... 3 Farmacéutico.....4 Curandero Tradicional.....5 Herbolario..... 6 Otros (especificar.....-96 NO SABE.....-99	G.20.8. ¿Pertenecía el proveedor de los cuidados al sector público o privado? Público.....1 Privado..... 2 Ambos.....3 NO SABE.....-99
C	NOMBRE DEL NIÑO	1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
O		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
D		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
I		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
G		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
O		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99
I		1 2		1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 -96 -99	1 2 3 -99

20. Resumen del Calendario de Salud del Niño (2 de 2) (JC)

CADA cuidador principal de los niños **menores de 5 años de edad** (antes del 5º cumpleaños). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general, es la madre.)

G.20.9. COPIAR EL CÓDIGO DE IDENTIFICACION Y EL NOMBRE DE CADA PERSONA MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD. (UTILICE LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION DE LA LISTA DE LA PAGINA 1.)		G.20.10. ¿RESPONDIÓ "SI" A LAS PREGUNTAS DE TOS, CONGESTION, DIFICULTAD AL RESPIRAR (G.19.2. – G.19.4.)? SI.....1 NO.....2 >> G.20.13.]	G.20.11. Hizo algo para tratar los problemas respiratorios de [NOMBRE]? Ningún tratamiento.....1 [>>G.20.13.] Pastilla o jarabe.....2 Inyecciones.....3 Fluido intravenoso (IV).....4 Medicina tradicional.....5 Otros (Especificar) 96 NO SABE.....-99	G.20.12. ¿Cuánto gastó en los tratamientos y consultas de [NOMBRE]? No pagó.....0 NO SABE-99	G.20.13. ¿RESPONDIÓ "SI" A LAS PREGUNTAS DE DIARREA O PROBLEMAS ESTOMACALES EN (G.19.5. – G.19.12.)? SI.....1 NO.....2 [>> G.20.16.]	G.20.14. ¿Hizo usted algo para tratar los síntomas de diarrea o dolor estomacal de [NOMBRE]? Ningún tratamiento.....1 [>> G.20.16.] Pastilla o jarabe.....2 Inyecciones.....3 Fluido intravenoso (IV).....4 Medicina tradicional.....5 Solución de Rehidratación Oral...6 Agua con sal/ azúcar hecha en casa.....7 Otros (Especificar)-96 NO SABE.....-99	G.20.15. ¿Cuánto gastó en el tratamiento y consulta de [NIÑO]? No pagó..... 0 NO SABE-99	G.20.16. ¿En los últimos 14 días , cuánto tiempo no pudieron los integrantes de la familia trabajar o ir a la escuela por estar cuidando de [NOMBRE]? INGRESAR INFORMACION DE LOS DOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PASARON LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO CUIDANDO DE ESTE NIÑO. COLOQUE CERO HORAS SI EL TIEMPO QUE CUIDARON AL NINO NO LES HIZO FALTAR AL TRABAJO O ESCUELA.						
CO DI GO ID	NOMBRE NINO		MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS RECIBIDAS	SOLES		SOLES	SOLES		C O D I G O I D	Horas	Días	C O D I G O I D	Horas	Días
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
		1 2	1 2 3 4 5 -96 -99		1 2	1 2 3 4 5 6 7 -96 -99								
00	TOTALES													

25. Cuestionarios de Edades y Etapas (LF/TK)

Cuidador principal de niños **menores de 2 años** (antes del 2º cumpleaños). (El cuidador principal es el que pasa más tiempo con el niño, generalmente es la madre.)

SE NECESITA IMPRIMIR VARIAS COPIAS PARA EL CUESTIONARIO, SE USA UN JUEGO POR CADA NIÑO MENOR DE 2 AÑOS.

(REPITA POR CADA NIÑO < 2 AÑOS DE EDAD)

G.25.1. CODIGO ID DEL NINO: () NOMBRE DEL NINO: _____

G.25.1B ¿Tiene [NINO] algún problema de vista, oído, habla, movilidad o retraso mental? Sí..... 1 NO REALICE ASQ >>[G.25.6] No..... 2 NO SABE..... -99	G.25.2. ¿Nació [NIÑO] antes de tiempo, es decir, antes de la fecha esperada? Sí..... 1 No..... 2 [>>G.25.4.] NO SABE..... -99 [>>G.25.4.]	G.25.3. ¿Cuántas semanas antes de tiempo nació [NIÑO]? NO SABE.....-99 SEMANAS ANTES DE TIEMPO	G.25.4 CALCULAR LA EDAD EXACTA DEL NIÑO: Año Mes Día				G.25.5. ¿CUAL ES LA MAS PROXIMA EDAD EN MESES Y DIAS? Meses y Días	G.25.6 APLICA EL CUESTIONARIO DE EDADES Y ETAPAS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO SE COMPLETO.....1 NO SE COMPLETO YA QUE EL NINO: TENIA ALGUNA DISCAPACIDAD2 NACIO PREMATURO (MAS DE TRES SEMANAS ANTES DE TIEMPO)3 NO TENIA LA EDAD ELIGIBLE4 NO PUDO APLICARSE (EXPLICAR).....-99 SI MARCO 2, 3, 4 o -99 >>[PRÓXIMO NIÑO]
1 2 -99	1 2 -99	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> SI MAS DE '03' SEMANAS, NO REALICE ASQ >>G.25.6	Entrevista				1 2 -99 _____	
			Día de Nac.					
			Diferencia					

ENCUENTRE EL GRUPO DE PREGUNTAS CORRESPONDIENTE A CADA ETAPA Y MARQUE EN CADA SECCION DONDE EMPEZAR Y TERMINAR.

Edad	Comunicación	Motricidad Gruesa	Personal-Social
4 – 6 MESES (3 meses 16 días – 6 meses 15 días)	25.7.1 hasta 25.7.13	25.8.1 hasta 25.8.14	25.9.1 hasta 25.9.11
7 – 9 MESES (6 meses 16 días – 9 meses 15 días)	25.7.6 hasta 25.7.16	25.8.7 hasta 25.8.17	25.9.6 hasta 25.9.16
10 – 11 MESES (9 meses 16 días – 11 meses 15 días)	25.7.12 hasta 25.7.19	25.8.13 hasta 25.8.18	25.9.12 hasta 25.9.20
12 – 13 MESES (11 meses 16 días – 13 meses 15 días)	25.7.14 hasta 25.7.22	25.8.15 hasta 25.8.21	25.9.14 hasta 25.9.22
14 – 15 MESES (13 meses 16 días – 15 meses 15 días)	25.7.17 hasta 25.7.24	25.8.18 hasta 25.8.26	25.9.17 hasta 25.9.24
16 – 17 MESES (15 meses 16 días – 17 meses 15 días)	25.7.20 hasta 25.7.26.1	25.8.21 hasta 25.8.28	25.9.19 hasta 25.9.26
18 – 19 MESES (17 meses 16 días – 19 meses 15 días)	25.7.23 hasta 25.7.28	25.8.24 hasta 25.8.30	25.9.23 hasta 25.9.28
20 - 21 MESES (19 meses 16 días – 21 meses 15 días)	25.7.25 hasta 25.7.31	25.8.26 hasta 25.8.31	25.9.25 hasta 25.9.32
22 – 24 MESES (21 meses 16 días – 24 meses 0 días)	25.7.27 hasta 25.7.33.1	25.8.28 hasta 25.8.34	25.9.27 hasta 25.9.32

25. Cuestionarios de Edades y Etapas (LF/TK)

ANTES DE EMPEZAR EL CUESTIONARIO DE EDADES Y ETAPAS DIGA:

“Le voy a formular una serie de preguntas relacionadas con las diversas actividades que su niño realiza; puede que el menor ya haya efectuado alguna de las actividades que aquí se mencionan, y tal vez haya otras que aún no las practique. Para cada punto, por favor indique si su hijo lleva a cabo la actividad de manera regular, esporádicamente, o aún no la realiza. ¿Tiene alguna duda?”

RESPONDA CUALQUIER PREGUNTA QUE EL ENTREVISTADO LE PUEDA HACER. LUEGO DIGA:

“Empezaremos con algunas preguntas sobre la movilidad de su hijo. Para cada pregunta, puede responder:

SI, en caso su niño actualmente muestre tal comportamiento de manera frecuente, o si lo hizo en el pasado pero ya no lo hace más. Por ejemplo, si el niño solía gatear pero ya no lo hace debido a que ya camina, usted deberá decir si, que su niño puede gatear.

ALGUNAS VECES, en caso su niño lo haga ocasionalmente o de manera irregular; o

NO, si usted nunca ha visto a su bebé adoptar este tipo de comportamiento.

¿Entiende?”

25.7 Comunicación

COMIENCE ►	👶 4– 6 MESES	25.7.1 – 25.7.13	
25.7.1	Cuando su bebé ríe, ¿hace ruiditos?	2= SI 1= A VECES 0= NO	
25.7.2	Si su bebé llora cuando usted no está, ¿deja de llorar al verla de nuevo?	2= SI 1= A VECES 0= NO	
25.7.3	Cuando su bebé escucha la voz de otra persona, que no es usted, ¿deja de llorar?	2= SI 1= A VECES 0= NO	
25.7.4	¿Su bebé hace ruiditos / sonidos al ver un juguete o a una persona?	2= SI 1= A VECES 0= NO	

25.7.5	¿Su bebé se ríe a carcajadas??	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► 7 - 9 MESES 25.7.6 - 25.7.16		
25.7.6	¿Su bebé hace sonidos agudos?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.7	¿Cuando [NOMBRE] juega solo, puede balbucear, murmurar o hacer ruiditos en tono bajo?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.8	Si usted está fuera de la vista del bebé y lo llama, ¿él se voltea en dirección a su voz?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.9	Cuando hay un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde vino el ruido?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.10	¿Su bebé hace sonidos como “ma,” “da,” “ga,” “ca” y “ba”? (CUALQUIER SÍLABA DE CONSONANTE-VOCAL, NO NECESARIAMENTE TIENEN SER LAS QUE AQUÍ APARECEN)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.11	Si usted repite los sonidos que su bebé hace, ¿el bebé se los repite a usted nuevamente?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► 10 - 11 MESES 25.7.12 – 25.7.19		
25.7.12	Cuando usted le dice “NO” a algo que esta haciendo su bebé, él responde a su tono de voz y deja de hacerlo, ¿aunque solo sea por un momento?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.13	¿Su bebé puede repetir el mismo sonido, como “ba-ba,” “da-da,” o “ga-ga”? (NO NECESARIAMENTE TIENEN QUE SER ESAS, PUEDEN SER OTRAS PAREJAS DE SILABAS. PUEDE SER QUE EL DIGA ESTOS SONIDOS SIN REFERIRSE A ALGUNA PERSONA Y OBJETO EN PARTICULAR.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 4-6 MESES		
COMIENCE ► 12 - 13 MESES 25.7.14 – 25.7.22		
25.7.14	Si usted se lo pide, su bebé sabe hacer caritas y gestos infantiles, ¿aunque no le recuerde como hacerlo? Por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, etc.	2= SI 1= A VECES 0= NO

25.7.15	¿Su bebé le obedece cuando le dice: “ven acá”, “dámelo”, “déjalo ahí” sin que usted le haga señas para que entienda?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.16	¿Su bebé puede decir alguna otra palabra además de “papá” o “mamá”? (AL DECIR UNA “PALABRA” NOS REFERIMOS A UN SONIDO QUE EL BEBÉ REPITE DE MANERA CONSTANTE PARA REFERIRSE A ALGUIEN O A ALGUNA COSA CONCRETA, COMO “TETA” PARA DECIR BIBERÓN, “GUAU-GUAU” PARA DECIR PERRO, ETC.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	7-9 MESES	
COMIENZE ►	👶 14-15 MESES 25.7.17 – 25.7.24	
25.7.17	Al preguntarle a su bebé dónde esta la pelota, el zapato, el gorro, animal, etc., ¿mira en la dirección en la que está el objeto?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.18	¿Su bebé mueve la cabeza cuando quiere decir “sí” o “no”?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.19	¿Cuando el bebé quiere algo, se lo dice señalando el objeto?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	10-11 MESES	
COMIENZE ►	👶 16-17 MESES 25.7.20 – 25.7.26.1	
25.7.20	Al ver los dibujos de un libro, periódico, revista o calendario, ¿su niño los “señala” “acaricia” o trata de “agarrar”?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.21	¿Su niño sabe decir al menos cuatro palabras además de “Mamá” o “Papá”? (SI LE DICE QUE “SI”, PREGUNTALE QUE OTRAS PALABRAS SABE DECIR EL NINO).	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.22	Cuando usted se lo pide, ¿su niño va hacia otro cuarto a tomar algún juguete u objeto que le es conocido?. Puede ser que le diga “¿Dónde está tu pelota”? o “Tráeme tu chompita” o “Ve a traer tu mantita.”	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	12-13 MESES	
COMIENZE ►	18-19 MESES 25.7.23 – 25.7.28	
25.7.23	¿Su hijo repite o imita frases de dos palabras?. Por ejemplo cuando usted dice “mamá come” o “papá juega” o “vamos a casa” (MARQUE “SI” AÚN CUANDO LAS PALABRAS NO SE PUEDAN ENTENDER BIEN).	2= SI 1= A VECES 0= NO

25.7.24	¿Su niño sabe decir ocho o más palabras, además de “mamá” o “papá”? (SI LE DICE QUE “SI”, PREGUNTALE QUE OTRAS PALABRAS SABE DECIR EL NIÑO).	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	14-15 MESES	
COMIENCE ►	👶 20-21 MESES 25.7.25 – 25.7.31	
25.7.25	¿Su niño dice 2 ó 3 palabras que juntas representan diferentes ideas, como “mamá viene”, “mira perro”? (NO TOME EN CUENTA COMBINACIONES DE PALABRAS QUE EXPRESAN UNA MISMA IDEA COMO POR EJEMPLO “GUAU-GUAU”. PEDIR QUE POR FAVOR EL CUIDADOR DE UN EJEMPLO DE COMBINACIONES DE PALABRAS).	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.26	Cuando usted le dice “enséñame el perrito”, “¿dónde está el pollito?” o “¿dónde está la pelota?”, ¿el niño señala el dibujo correcto, sin que usted se lo muestre primero? (SE NECESITA QUE EL NIÑO IDENTIFIQUE UN DIBUJO CORRECTAMENTE.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.26.1	(ENTREGUE EL DIBUJO AL CUIDADOR PARA QUE SE LO MUESTRE AL NIÑO) (DÉLE A LA CUIDADOR EL DIBUJO Y DÍGALE): “Vamos a ver si el niño quiere hacer esto para nosotros. Pida al niño que le diga que es lo que ve en esas imágenes.” (DIFERENCIA ENTRE LAS RESPUESTAS 2 Y 3: MARQUE LA OPCION 2 CUANDO EL NIÑO SE CONCENTRÓ EN LA ACTIVIDAD, ES DECIR, MIRABA LOS DIBUJOS, PERO NO SE LOGRÓ EL EFECTO QUE SE BUSCABA. MARQUE LA OPCIÓN 3 SI EL NIÑO SE REHUSO O NO QUISO PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO, SE DABA LA VUELTA, MIRABA HACIA OTRO LADO, LLORABA, ETC.) EN VEZ DE INTENTAR LLEVARLA A CABO. MARQUE LA OPCIÓN 4 SI EL NIÑO ESTABA DURMIENDO, SE ENCONTRABA AUSENTE, ESTABA DEMASIADO ENFERMO O INDISPUESTO. SE PUEDE CONCEDER ALREDEDOR DE UN MINUTO AL NIÑO PARA QUE INTENTE DEMOSTRAR SU HABILIDAD.)	1= SI LO HIZO 2= TRATO PERO NO PUDO 3= SE REHUSO 4= NO ESTABA EN CASA
PARE ▲	16-17 MESES	
COMIENCE ►	👶 22-24 MESES 25.7.27 – 25.7.33.1	
25.7.27	Si usted señala un dibujo de una pelota, gatito, taza, sombrero, etc. y le pregunta a su niño “¿Qué es esto?”, ¿su hijo puede decir el nombre de al menos un dibujo? (SOLO APLICA A OBJETOS QUE APARECEN EN UN DIBUJO, NO SE REFIERE A UN OBJETO REAL).	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.28	Sin darle pistas a su hijo señalándole o usando gestos, ¿puede él seguir al menos 3 de las siguientes instrucciones? “Pon el juguete [U OTRO OBJETO] en la mesa”, “cierra la puerta”, “tráeme un vaso [U OTRO OBJETO]”, “busca tu chompa”, “dame la mano”, “trae tu libro [U OTRO OBJETO]” (EL NIÑO DEBE PODER SEGUIR AL MENOS 3 DE LAS INSTRUCCIONES QUE AHÍ APARECEN, PERO ÚNICAMENTE LAS QUE AQUÍ APARECEN, YA QUE ES NECESARIO QUE LAS RESPUESTAS SEAN LAS MISMAS EN TODOS LOS PAISES).	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	18-19 MESES	

25.7.29	Cuando le pides que señale su nariz, pelo, pies, orejas, ¿señala correctamente al menos siete partes del cuerpo? Puede ser que las señale en su propio cuerpo, en el de usted o en el de una muñeca.	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.30	¿Su niño dice 15 palabras además de “mamá” o “papá”? (EL NIÑO DEBE DECIR AL MENOS 15 PALABRAS. SI EL CUIDADOR NO ESTA SEGURO, DIGALE: “Vamos a ver si podemos contar todas las palabras que sabe decir [NIÑO]?”. NO LE DE EJEMPLOS).	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.31	¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como “yo”, “mío” o “tú”, “él”? (SE REFIERE A QUE DISTINGUE ENTRE EL Y OTRAS PERSONAS Y LO QUE LE PERTENECE.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	20-21 MESES	
25.7.32	¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras? Por ejemplo, “Bebé está durmiendo”, “¿Dónde está la pelota [U OTROS OBJETOS / PERSONAS]?” , “¿Qué es esto?”	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.33	Al mirar una fotografía o dibujo, ¿puede su niño decirle lo que pasa en la fotografía? Por ejemplo, cuando usted le pregunta “¿Qué hace el niño?”, el puede decir: “come”, “corre”, “llora”, etc. (SE NECESITA QUE EL NIÑO IDENTIFIQUE UN DIBUJO CORRECTAMENTE.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.7.33.1	(ENTREGUE EL DIBUJO AL CUIDADOR PARA QUE SE LO MUESTRE AL NIÑO) (DÉLE A LA CUIDADOR EL DIBUJO Y DÍGALE): “Vamos a ver si el niño quiere hacer esto para nosotros. Pida al niño que le diga que es lo que ve en esas imágenes.” (DIFERENCIA ENTRE LAS RESPUESTAS 2 Y 3: MARQUE LA OPCION 2 CUANDO EL NIÑO SE CONCENTRÓ EN LA ACTIVIDAD, ES DECIR, MIRABA LOS DIBUJOS, PERO NO SE LOGRÓ EL EFECTO QUE SE BUSCABA. MARQUE LA OPCIÓN 3 SI EL NIÑO SE REHUSO O NO QUISO PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO, SE DABA LA VUELTA, MIRABA HACIA OTRO LADO, LLORABA, ETC.) EN VEZ DE INTENTAR LLEVARLA A CABO. MARQUE LA OPCIÓN 4 SI EL NIÑO ESTABA DURMIENDO, SE ENCONTRABA AUSENTE, ESTABA DEMASIADO ENFERMO O INDISPUESTO. SE PUEDE CONCEDER ALREDEDOR DE UN MINUTO AL NIÑO PARA QUE INTENTE DEMOSTRAR SU HABILIDAD.)	1= SI LO HIZO 2= TRATO PERO NO PUDO 3= SE REHUSO 4= NO ESTABA EN CASA
PARE ▲	22-24 MESES	

25.8 Motricidad

COMINCE ► 🧒 4-6 MESES			25.8.1 – 25.8.14
25.8.1	Cuando está boca arriba, ¿mueve su cabeza de un lado a otro?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.2	Cuando está boca abajo con su cabeza levantada, ¿su bebé coloca la cabeza en el suelo, en lugar de dejarla caer hacia delante?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.3	Cuando su bebé esta boca abajo, ¿puede levantar su cabeza y sostenerla levantada (como a unos 8 centímetros del suelo/camita) un ratito (durante unos 15 segundos)?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.4	Cuando su bebé está boca abajo, ¿puede mantener su cabeza levantada y moverla para mirar a su alrededor? (PUEDE SER QUE SE APOYE EN SUS BRAZOS PARA HACER ESTO).		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.5	Al sentar a su bebé, ¿mantiene su cabeza firme?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.6	Cuando está boca arriba, ¿su bebé junta sus manos sobre su pecho, juntando sus dedos?		2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► 🧒 7-9 MESES			25.8.7 – 25.8.17
25.8.7	Cuando su bebé está boca arriba, ¿levanta sus piernas lo suficiente como para ver sus pies?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.8	Cuando su bebé está boca abajo, ¿estira los brazos y levanta su pecho de la cama o piso?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.9	Cuando su bebé está boca arriba y se voltea, ¿puede liberar sus manos de debajo de él?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.10	Cuando sienta a su bebé, ¿se logra mantener sentado apoyándose con sus manitas en el suelo/cama/corral? (SI YA SE SIENTA DERECHO SIN NECESIDAD DE APOYARSE EN SUS MANOS MARQUE SI EN ESTA OPCIÓN.)		2= SI 1= A VECES 0= NO

25.8.11	Si usted le sostiene ambas manos para que mantenga su equilibrio, ¿su bebé se puede mantener parado?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.12	¿Su bebé se sabe colocar en la posición de gatear sosteniéndose sobre sus manos y rodillas? (LO IMPORTANTE NO ES SABER SI EL NIÑO PUEDE GATEAR, SINO SI SE SABE COLOCAR EN POSICION DE GATEO Y SE PUEDE MANTENER EN ESA POSICION UNOS 10 SEGUNDOS).	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ►	👶 10-11 MESES 25.8.13 – 25.8.18	
25.8.13	Cuando se sienta en el suelo, ¿se mantiene derecho por varios minutos sin usar sus manos para apoyarse?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.14	Cuando lo para junto a algún mueble o en la cuna, ¿su bebé se sostiene sin apoyar su pecho en el mueble?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	4-6 MESES	
COMIENCE ►	👶 12-13 MESES 25.8.15 – 25.8.21	
25.8.15	Mientras se sostiene de un mueble, ¿su bebé se inclina y puede recoger un juguete del suelo y volverse a parar de nuevo? (SE REFIERE A SI EL NIÑO DOBLA SUS PIERNAS/RODILLAS PARA RECOGER EL JUGUETE Y SE PARA DE NUEVO)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.16	Mientras se sostiene de un mueble, ¿su bebé se puede sentar sin perder el control o sin caerse?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.17	¿Su bebé camina entre los muebles, sosteniéndose con una sola mano?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	7-9 MESES	
COMIENCE ►	👶 14-15 MESES 25.8.18 – 25.8.26	
25.8.18	Si le sostiene con ambas manos solo para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿su bebé da varios pasos sin tropezarse o caerse? (SI EL BEBÉ YA CAMINA SOLO, MARQUE "SI" EN ESTA OPCIÓN)	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	10-11 MESES	
25.8.19	Cuando le sostiene una mano solo para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿su bebé da varios pasos hacia adelante? (SI EL BEBÉ YA CAMINA SOLO, MARQUE "SI" EN ESTA OPCIÓN)	2= SI 1= A VECES 0= NO




25.8.20	¿Su bebé se para sin ayuda o apoyo y da varios pasos hacia delante?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► ♣ 16-17 MESES 25.8.21 – 25.8.28		
25.8.21	¿Su niño se sube a los muebles?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 12-13 MESES		
25.8.22	¿Su niño se inclina o se agacha para recoger un objeto del suelo y luego se levanta de nuevo sin apoyarse?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.23	¿Su niño se desplaza caminando, más que gateando?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► ♣ 18-19 MESES 25.8.24 – 25.8.30		
25.8.24	¿Su niño camina bien y rara vez se cae?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.25	¿Su niño se sube a una silla para alcanzar algo que desea?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► ♣ 20-21 MESES 25.8.26 – 25.8.31		
25.8.26	Cuando usted le muestra como patear una pelota grande, ¿su niño trata de patear la pelota moviendo su pierna hacia delante o caminando hacia la pelota? (SI EL NIÑO YA PATEA UNA PELOTA, MARQUE SI EN ESTA OPCIÓN).	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 14-15 MESES		
25.8.27	¿Su niño baja las escaleras si usted lo toma de una de sus manos?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ► ♣ 22-24 MESES 25.8.28 – 25.8.34		
25.8.28	¿Su niño corre bastante bien, y se detiene sin tropezarse con las cosas o sin caerse?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 16-17 MESES		

25.8.29	¿Su niño puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (MARQUE SI CUANDO SE SOSTENGA DE LA PARED O DE LA BARANDA)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.30	¿Su niño puede saltar con sus dos pies al mismo tiempo?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	18-19 MESES	
25.8.31	Sin agarrarse a nada, ¿su niño puede patear una pelota moviendo la pierna hacia adelante?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	20-21 MESES	
25.8.32	¿Puede saltar hacia delante un poquito cómo 8 centímetros o más, con los dos pies juntos?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.33	¿Sabe subir escaleras poniendo un pie en cada escalón, el pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente?. (PUEDE AGARRARSE DE LA BARANDILLA O DE LA PARED).	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.8.34	¿Puede su niño parase en un solo pie sin agarrarse de nada?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	22-24 MESES	

25.9 Social-Personal

COMIENZE ►		4-6 MESES	25.9.1 – 25.9.11
25.9.1	¿Su bebé mira sus manos?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.2	Cuando su bebe tiene sus manos juntas, ¿juega con los dedos?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.3	Cuando va a darle leche a su bebe, ¿ él sabe que le van a dar de comer?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.4	¿Su bebé agarra el pecho con una mano cuando lo esta amamantando? (SI LA CUIDADORA NOS DICE QUE NO PORQUE NO LE DA EL PECHO, PREGUNTARLE:) ¿Su bebé agarra el biberón con ambas manos cuando le da la leche?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.5	Antes de que usted le sonría o le hable, ¿su bebé le sonríe cuando la ve acercarse?		2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENZE ►		7-9 MESES	25.9.6 – 25.9.16
25.9.6	Cuando su bebé esta frente de un espejo, ¿empieza a sonreír o a hacer ruiditos o sonidos?		2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.6.1	(ENTREGUE EL ESPEJO AL CUIDADOR PARA QUE SE LO MUESTRE AL NIÑO) (DÉLE A LA CUIDADOR EL ESPEJO Y DÍGALE): “Vamos a ver si el niño quiere hacer esto para nosotros.” (DIFERENCIA ENTRE LAS RESPUESTAS 2 Y 3: MARQUE LA OPCION 2 CUANDO EL NIÑO SE CONCENTRÓ EN LA ACTIVIDAD, ES DECIR, MIRABA AL ESPEJO, PERO NO SE LOGRÓ EL EFECTO QUE SE BUSCABA. MARQUE LA OPCIÓN 3 SI EL NIÑO SE REHUSO O NO QUISO PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO, SE DABA LA VUELTA, MIRABA HACIA OTRO LADO, LLORABA, ETC.) EN VEZ DE INTENTAR LLEVARLA A CABO. MARQUE LA OPCIÓN 4 SI EL NIÑO ESTABA DURMIENDO, SE ENCONTRABA AUSENTE, ESTABA DEMASIADO ENFERMO O INDISPUESTO. SE PUEDE CONCEDER ALREDEDOR DE UN MINUTO AL NIÑO PARA QUE INTENTE DEMOSTRAR SU HABILIDAD.)		1= SI LO HIZO 2= TRATO PERO NO PUDO 3= SE REHUSO 4= NO ESTABA EN CASA

25.9.7	¿Su bebé se comporta de manera diferente con desconocidos que con usted u otras personas conocidas? Reacciones a extraños incluyen mirar fijamente, fruncir el ceño, apartarse o llorar.	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.8	Cuando está boca arriba, ¿su bebé juega a agarrarse el pie?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.9	Cuando está frente a un espejo, ¿su bebé trata de alcanzarlo para acariciarlo?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.9.1	(ENTREGUE EL ESPEJO AL CUIDADOR PARA QUE SE LO MUESTRE AL NIÑO) (DÉLE A LA CUIDADOR EL ESPEJO Y DÍGALE): “Vamos a ver si el niño quiere hacer esto para nosotros.” (DIFERENCIA ENTRE LAS RESPUESTAS 2 Y 3: MARQUE LA OPCION 2 CUANDO EL NIÑO SE CONCENTRÓ EN LA ACTIVIDAD, ES DECIR, MIRABA AL ESPEJO, PERO NO SE LOGRÓ EL EFECTO QUE SE BUSCABA. MARQUE LA OPCIÓN 3 SI EL NIÑO SE REHUSO O NO QUISO PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO, SE DABA LA VUELTA, MIRABA HACIA OTRO LADO, LLORABA, ETC.) EN VEZ DE INTENTAR LLEVARLA A CABO. MARQUE LA OPCIÓN 4 SI EL NIÑO ESTABA DURMIENDO, SE ENCONTRABA AUSENTE, ESTABA DEMASIADO ENFERMO O INDISPUESTO. SE PUEDE CONCEDER ALREDEDOR DE UN MINUTO AL NIÑO PARA QUE INTENTE DEMOSTRAR SU HABILIDAD.)	1= SI LO HIZO 2= TRATO PERO NO PUDO 3= SE REHUSO 4= NO ESTABA EN CASA
25.9.10	¿Su bebé trata de alcanzar un juguete que está fuera de su alcance? Puede ser que gire sobre su barriga o gatee para alcanzarlo.	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.11	Cuando está boca arriba, ¿su bebé se mete el pie en la boca?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	4-6 MESES	
COMIENCE ►	👶 10-11 MESES	25.9.12 – 25.9.20
25.9.12	¿Su bebé puede tomar agua, leche, jugo o cualquier otro líquido en una taza mientras usted se la sostiene? No importa de cual taza se trate puede ser o no taza entrenadora.	2= SI 1= A VECES 0= NO

25.9.13	¿Su bebé puede comer una galleta o cualquier otro alimento pequeño sin ayuda?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ►  12-13 MESES 25.9.14 – 25.9.22		
25.9.14	Cuando usted le tiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé se lo muestra aun cuando no se lo de? (Si ya se lo da en su mano marque Si en esta opción y también en la 25.9.15.)	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.15	Cuando usted le tiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé se lo da en su mano?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.16	Cuando usted lo viste, ¿su bebé empuja su brazo una vez que esta dentro de la manga?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 7-9 MESES		
COMIENCE ►  14-15 MESES 25.9.17 – 25.9.24		
25.9.17	Cuando usted viste a su bebé, ¿él levanta su pie para que le ponga el zapato, el calcetín o el pantalón?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.18	¿Su niño rueda una pelota o se la lanza para que usted se la mande de regreso?	2= SI 1= A VECES 0= NO
COMIENCE ►  16-17 MESES 25.9.19 – 25.9.26		
25.9.19	¿Su niño juega con una muñeca o con un muñeco de peluche abrazándolo?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.20	¿Su niño se alimenta por sí mismo con una cuchara, aun cuando se le caiga algo de la comida?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲ 10-11 MESES		
25.9.21	¿Su niño ayuda a que lo desvistan quitándose ropa como los calcetines, gorro, zapatos o guantes?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.22	¿Su niño trata de llamar su atención o mostrarle algo, jalándola de la mano o de la ropa? (QUEREMOS SABER SI EL NINO JALA ALGO PARA LLAMAR LA ATENCION, NO SI GRITA O SEÑALA)	2= SI 1= A VECES 0= NO

PARE ▲	12-13 MESES	
COMIENCE ►	🕒 18-19 MESES	25.9.23 – 25.9.28
25.9.23	Cuando se mira a sí mismo en el espejo, ¿su bebé le ofrece un juguete a su propia imagen?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.23.1	(ENTREGUE EL ESPEJO AL CUIDADOR PARA QUE SE LO MUESTRE AL NIÑO) (DÉLE A LA CUIDADOR EL ESPEJO Y DÍGALE): “Vamos a ver si el niño quiere hacer esto para nosotros.” (DELE A [NINO] UN OBJETO PEQUEÑO PARA QUE EL SE LO PUEDA OFRECER A SU PROPIA IMAGEN). (DIFERENCIA ENTRE LAS RESPUESTAS 2 Y 3: MARQUE LA OPCION 2 CUANDO EL NIÑO SE CONCENTRÓ EN LA ACTIVIDAD, ES DECIR, MIRABA AL ESPEJO, PERO NO SE LOGRÓ EL EFECTO QUE SE BUSCABA. MARQUE LA OPCIÓN 3 SI EL NIÑO SE REHUSO O NO QUISO PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO, SE DABA LA VUELTA, MIRABA HACIA OTRO LADO, LLORABA, ETC.) EN VEZ DE INTENTAR LLEVARLA A CABO. MARQUE LA OPCIÓN 4 SI EL NIÑO ESTABA DURMIENDO, SE ENCONTRABA AUSENTE, ESTABA DEMASIADO ENFERMO O INDISPUESTO. SE PUEDE CONCEDER ALREDEDOR DE UN MINUTO AL NIÑO PARA QUE INTENTE DEMOSTRAR SU HABILIDAD.)	1= SI LO HIZO 2= TRATO PERO NO PUDO 3= SE REHUSO 4= NO ESTABA EN CASA
25.9.24	¿Su niño pide ayuda, por ejemplo cuando necesita que le den cuerda a un juguete (O CUANDO QUIERE ABRIR ALGUN OBJETO O QUIERE AGARRAR ALGO QUE NO PUEDE ALCANZAR POR SI MISMO)?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	14-15 MESES	
COMIENCE ►	🕒 20-21 MESES	25.9.25 – 25.9.30
25.9.25	¿Su niño imita las actividades que usted hace como limpiar con un trapo algo que se derramo, barrer o peinarse?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.26	¿Su niño bebe de una taza o vaso por sí mismo, y la devuelve a la mesa o deja sobre el suelo derramando solo un poco?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	16-17 MESES	
COMIENCE ►	🕒 22-24 MESES	25.9.27 – 25.9.32

25.9.27	Cuando juega, ya sea con una muñeca o muñeco de peluche, ¿su niño hace como que lo alimenta, lo arrulla, cambia sus pañales, lo lleva a la cama, etc.?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	18-19 MESES	
25.9.29	Si hace cualquiera de los siguientes gestos, ¿su niño puede imitar al menos uno de ellos? 1. Abrir y cerrar la boca. 2 Parpadear. 3. Jalarsse la oreja. 4. Acariciarse la mejilla.	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.30	¿Su niño puede empujar un carrito, coche, o tren, conduciéndolo sin golpear los objetos y salirse de un rincón si no puede dar vuelta?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.31	¿Su niño se refiere a sí mismo como “Yo” o “Mio” con más frecuencia que por su propio nombre? Por ejemplo, “Yo lo hago,” en vez de “[NOMBRE] lo hace.”?	2= SI 1= A VECES 0= NO
25.9.32	¿Su niño sabe ponerse su chompa, casaca o camisa el solo?	2= SI 1= A VECES 0= NO
PARE ▲	20-21 MESES Y 22-24 MESES	

REVISE QUE SE HAN CONTESTADO LAS PREGUNTAS PARA CADA UNA DE LAS SECCIONES ANTES DE SEGUIR CON EL PROXIMO MODULO.

33. Antropometría y Anemia (1 de 2) (LF/TK)

Solo niños **menores de 2 años de edad** (antes del 2º cumpleaños).

G.33.1. ANOTE TODOS LOS NIÑOS DE MENOS DE 2 AÑOS DE EDAD . (USE EL CODIGO ID DE LA LISTA EN LA PAG 1.)		G.33.2. Cuánto pesó [NOMBRE] cuando nació? SI LO SABE ANOTAR EL PESO Y PASAR A [>>G.33.4]. NO SABE-99	G.33.3. Fue [NOMBRE] inusualmente pequeño al nacer? Si, bastante pequeño.....1 No, cerca al tamaño normal.....2	G.33.4. Mide y pesa a su hijo por lo menos 6 veces al año en el establecimiento de salud, en casa o en otro lugar? Si, en la clínica.....1 Si, en la casa.....2 Si, en otro lugar.....3 No.....4	G.33.5. PESAR A CADA NIÑO. SI EL NIÑO NO SE PARA O NO PUEDE PARARASE EN LA BALANZA, PESARLO EN BRAZOS DE LA MADRE. (APROXIMAR A UN DECIMAL).	G.33.6. EL NIÑO FUE PESADO SOLO O EN BRAZOS DE LA MADRE? SOLO.....1 [>>G.33.8] EN LOS BRAZOS DE SU MAMA.....2	G.33.7. SI FUE PESADO EN BRAZOS DE LA MADRE, ANOTAR EL PESO DE LA MADRE. (APROXIMAR A UN DECIMAL).
ID	NOMBRE DEL NINO	Kg			Kg		Kg
			1 2	1 2 3 4	___ . ___	1 2	___ . ___
			1 2	1 2 3 4	___ . ___	1 2	___ . ___
			1 2	1 2 3 4	___ . ___	1 2	___ . ___
			1 2	1 2 3 4	___ . ___	1 2	___ . ___
			1 2	1 2 3 4	___ . ___	1 2	___ . ___
00	TOTALES						

33. Antropometría y Anemia (2 de 2) (LF/TK)

Solo niños **menores de 2 años de edad** (antes del 2º cumpleaños).

G.33.8. ENUMERE TODOS LOS NIÑOS DE MENOS DE 2 AÑOS DE EDAD. (USE EL CODIGO ID DE LA LISTA EN LA PAG 1.)		G.33.9. MEDIR LA ESTATURA O LONGITUD DE CADA NIÑO. (APROXIMAR A UN DECIMAL).	G.33.10. MEDIR LA CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO DE CADA NIÑO. (APROXIMAR A UN DECIMAL).	G.33.11. MEDIR LA CIRCUNFERENCIA DE LA CABEZA DE CADA NIÑO. (APROXIMAR A UN DECIMAL).	G.33.12. RESULTADO DE MEDIAS ANTROPOMETRI- CAS PARADO.....1 ECHADO.....2 SE NEGÓ.....-98 NO SE PRESENTÓ -95	G.33.14. ANOTAR AQUI EL NIVEL DE HEMOGLOBINA. (APROXIMAR A UN DECIMAL).	G.33.15. RESULTADO DE LA MEDIDA DE HEMOGLOBINA SE MIDIO.....1 SE NEGÓ.....-98 NO SE PRESENTÓ.....-95
ID	NOMBRE DEL NIÑO	cm.	cm.	cm.		g / dl	
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
		__ __. __	__ __. __	__ __. __	1 2 -98 -95	__ __. __	1 -98 -95
00	TOTALES						