







## 10. Observaciones de las Características de la Vivienda (1 de 2)

Observación directa del entrevistador

G.10.1.	<p>Estamos interesados en los tipos de vivienda que la gente tiene en la comunidad.</p> <p>¿Podría mostrarme su casa? ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCION:    SI.....1    NO.....2    No hay problema. Gracias. → [ &gt;&gt;G.13.1.]</p>	
<p>G.10.2. ¿QUE TIPO DE VIVIENDA ES?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>VIVIENDA INDEPENDIENTE (CASA) ..... 1</p> <p>QUINTA.....2</p> <p>DEPARTAMENTO INDIVIDUAL.....3</p> <p>DEPARTAMENTO COMUNITARIO.....4</p> <p>HABITACION EN UNA VIVIENDA MAS GRANDE .....5</p> <p>VARIOS EDIFICIOS CONECTADOS .....6</p> <p>VARIOS EDIFICIOS SEPARADOS .....7</p> <p>VIVIENDA IMPROVISADA .....8</p> <p>CALLEJON {P} .....11</p> <p>OTROS (ESPECIFICAR _____) -96</p>	
<p>G.10.3. ¿CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES DE LA CASA?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>LADRILLO ..... 1</p> <p>CONCRETO/CEMENTO .....2</p> <p>LADRILLO NO COCIDO, ADOBE .....3</p> <p>MADERA, TRONCOS .....4</p> <p>CHAPAS DE ZINC, ESTAÑO .....5</p> <p>LODO .....6</p> <p>BAMBU .....7</p> <p>LONA, FIELTRO.....8</p> <p>ESTERAS {P}.....11</p> <p>OTROS (ESPECIFICAR _____) -96</p>	
<p>G.10.4. ¿CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA CASA?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>LADRILLO ..... 1</p> <p>CONCRETO.....2</p> <p>LADRILLO NO COCIDO, ADOBE .....3</p> <p>MADERA, TRONCOS .....4</p> <p>CHAPAS DE ZINC, ESTAÑO (CALAMINA) .....5</p> <p>LODO .....6</p> <p>BAMBU .....7</p> <p>LONA, FIELTRO .....8</p> <p>ESTERAS {P}.....11</p> <p>OTROS (ESPECIFICAR _____) 96</p>	



## 10. Observaciones de las Características de la Vivienda (1 de 2)

Observación directa del entrevistador

<p>G.10.5. ¿CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA CASA?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>PARQUET .....1</p> <p>MADERA PINTADA.....2</p> <p>BALDOSA .....3</p> <p>LINOLEO/VINILICO.....4</p> <p>CONCRETO (CEMENTO PULIDO).....5</p> <p>ARCILLA/PISO DE TIERRA .....6</p> <p>CEMENTO NO PULIDO {P}.....11</p> <p>OTROS (SPECIFICAR _____) -96</p>
<p>G.10.6. ¿ESTÁ LA VIVIENDA RELATIVAMENTE LIMPIA?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SE PUDO OBSERVAR.....-99</p>
<p>G.10.7. ¿CUANTO MIDE LA VIVIENDA?</p> <p> MEDIR LAS DOS PAREDES DE FUERA DE LA CASA USANDO UN METRO</p>	<p>(EN METROS)</p> <p>_____ METROS DE LARGO POR _____ METROS DE ANCHO</p>







## 11. Observaciones del Almacenamiento de Alimentos

Observación directa del entrevistador

<p>G.11.1.</p>	<p>¿HAY BASURA EN LA COCINA O CASA?</p> <p> SÓLO PARA OBSERVACION</p>	<p>SI.....</p> <p>NO.....</p> <p>NO PUEDO DISTINGUIR.....</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>-99</p>	
<p>G.11.2.</p>	<p>¿ESTÁN CUBIERTOS LOS ALIMENTOS?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>SI, TOTALMENTE CUBIERTOS.....</p> <p>SI, PARCIALMENTE CUBIERTOS.....</p> <p>NO.....</p> <p>NO PUEDE DISTINGUIR.....</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>-99</p>	






## 12. Observaciones de Agua Potable

Para la observación directa del entrevistador, acompañado por el encuestado.

G.12.1.	<p>¿Podría mostrarme dónde almacena el agua para beber?</p> <p> ANOTE EL NÚMERO RECIPIENTES DE CADA TIPO.</p> <p>SI NO HAY DE ALGÚN TIPO, ANOTE "00."</p>	<p>CUBIERTO, BOCA ANCHA (entran las manos).....</p> <p>CUBIERTO, BOCA ANGOSTA (no entran las manos).....</p> <p>DESCUBIERTO, BOCA ANCHA (entran las manos).....</p> <p>DESCUBIERTO, BOCA ANGOSTA (no entran las manos).....</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
G.12.2.	<p>¿Podría mostrarme cual es el recipiente <b>principal</b> donde almacena el agua para beber?</p> <p>(EL RECIPIENTE PRINCIPAL SE REFIERE A AQUEL DE DONDE SE SIRVEN AGUA PARA BEBER)</p> <p> MARQUE SOLO UNA RESPUESTA..</p>	<p>NINGUNO.....</p> <p>CUBIERTO, BOCA ANCHA (entran las manos).....</p> <p>CUBIERTO, BOCA ANGOSTA (no entran las manos).....</p> <p>DESCUBIERTO, BOCA ANCHA (entran las manos).....</p> <p>DESCUBIERTO, BOCA ANGOSTA (no entran las manos).....</p>	<p>0  <b>[&gt;&gt;G.12.4.]</b></p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	
G.12.3.	<p> SOLO PARA EL RECIPIENTE PRINCIPAL DE ALMACENAMIENTO: ENCIMA O CERCA DE LOS RECIPIENTES USTED OBSERVA</p> <p>MARCAR UNA RESPUESTA POR CADA OBJETO OBSERVADO.</p>	<p>TAZA PARA SUMERGIR CON ASA.....</p> <p>TAZA PARA SUMERGIR SIN ASA.....</p> <p>CAÑO.....</p> <p>MOSCAS.....</p>	<p>SI NO</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p>	
G.12.4.	<p>¿Tiene usted agua que haya tratado (preparado) para beber en su casa hoy mismo?</p> <p> ¿PUEDEN MOSTRARLE EL AGUA TRATADA?</p>	<p>SI y la mostró.....</p> <p>Si y no la mostró</p> <p>NO.....</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
G.12.5.	<p>¿Tiene los materiales o sistema que utiliza para limpiar el agua? ¿Puede usted mostrarme?</p> <p> ¿PUEDEN MOSTRARLE LOS MATERIALES?</p> <p>(POR EJ., EL CLORO, O LA COCINA Y LA OLLA PARA HERVIR, U OTROS)</p>	<p>SI.....</p> <p>NO.....</p>	<p>1</p> <p>2</p>	






## 12B. Observaciones del recinto para el Lavado De Manos (1 de 3)

Para la observación directa del entrevistador, acompañado por el encuestado.

G.12B.1	¿Usted o alguien de su familia se lava las manos después de ir al baño?	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → [ &gt;&gt; G.12B.7]</p> <p>NO SABE ..... - 99 → [ &gt;&gt; G.12B.7]</p>	
G.12B.2	<p>Por favor, muéstreme dónde usted o alguien de su familia se lavan las manos, después de ir al baño.</p> <p> ANOTAR LA OBSERVACION DEL RECINTO PARA LAVADO DE MANOS.</p> <p>SOLO UNA RESPUESTA</p>	<p>DENTRO DEL BAÑO..... 1</p> <p>DENTRO DE COCINA/ AMBIENTE DE COCINA ..... 2</p> <p>PATIO</p> <p>(A MENOS DE UN METRO DEL BAÑO) ..... 3</p> <p>(ENTRE UN METRO Y TRES METROS DEL BAÑO) ..... 4</p> <p>(MAS DE 3 METROS DEL BAÑO..... 5</p> <p>NINGUN LUGAR ESPECIFICO..... 6 → [ &gt;&gt; G.12B.7]</p> <p>NEGATIVA – SIN PERMISO PARA VER..... - 98 → [ &gt;&gt; G.12B.7]</p>	
G.12B.3	<p> ANOTAR OBSERVACIONES DEL LAVADERO/ LAVATORIO.</p> <p>SOLO UNA RESPUESTA</p>	<p>CAÑO/ GRIFO ..... 1</p> <p>JARRA O BOTELLA COLGANTE (u otro mecanismo similar para que corra el agua) ..... 2</p> <p>BALDE/ BATEA ..... 3</p> <p>RECIPIENTE DESDE DONDE SE ECHA AGUA..... 4</p> <p>OTROS (ESPECIFICAR ..... ) ..... -96</p> <p>OBSERVACION NO POSIBLE ..... - 99</p>	
G.12B.4	<p> ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO AGUA EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.</p> <p>SOLO UNA RESPUESTA</p>	<p>SÍ - HAY AGUA DISPONIBLE ..... 1</p> <p>NO - NO HAY AGUA DISPONIBLE ..... 2</p> <p>OBSERVACION NO POSIBLE ..... - 99</p>	
G.12B.5	<p> ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO JABON EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE OBSERVE.</p>	<p>JABON MULTIUSOS..... 1</p> <p>BELLEZA/ JABON PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... 2</p> <p>JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE ..... 3</p> <p>NO SE OBSERVO JABON..... 4</p> <p>OBSERVACION NO POSIBLE..... - 99</p>	
G.12B.6	<p> ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO CENIZAS O LODO EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS</p> <p>SOLO UNA RESPUESTA</p>	<p>CENIZA..... 1</p> <p>LODO ..... 2</p> <p>AMBOS..... 3</p> <p>NINGUNO ..... 4</p> <p>OBSERVACION NO POSIBLE..... - 99</p>	



## 12B. Observaciones de las instalaciones para el Lavado de Manos (2 de 3)

Para la observación directa del entrevistador, acompañado por el encuestado.

G.12B.7	¿Usted o alguien de su familia se lava las manos antes o después de preparar alimentos o de alimentar a sus hijos?	SI ..... NO ..... NO SABE .....	1 2 - 99	→ [ >> G.12B.14] → [ >> G.12B.14]
G.12B.8	Por favor, muéstreme en dónde usted o alguien de su familia, suele lavarse las manos, antes o después de preparar alimentos o de alimentar a sus hijos.   ANOTAR OBSERVACION DEL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.  SOLO UNA RESPUESTA.	DENTRO DEL BAÑO..... DENTRO DE COCINA/ AMBIENTE DE COCINA ..... PATIO (A MENOS DE UN METRO DE LA COCINA) ..... PATIO (MAS DE UN METRO Y MENOS DE TRES METROS DE LA COCINA) ..... MAS DE TRES METROS DE LA COCINA ..... NINGUN LUGAR ESPECIFICO..... NEGATIVA – SIN PERMISO PARA VER.....	1 2 3 4 5 6 - 98	→ [ >> G.12B.14] → [ >> G.12B.14]
G.12B.9	 ANOTAR SI ES EL MISMO RECINTO QUE EL QUE SE UTILIZA PARA LAVARSE DE MANOS DESPUES DE IR AL BAÑO.	SI – DISTINTOS LUGARES ..... NO – MISMO LUGAR .....	1 2	→ [ >> G.12B.14]
G.12B.10	 ANOTAR OBSERVACION DEL LAVADERO/ LAVATORIO.  SOLO UNA RESPUESTA.	CAÑO/ GRIFO ..... JARRA O BOTELLA COLGANTE (u otro mecanismo similar para que corra el agua) ..... BALDE/ BATEA ..... CONTENEDOR DESDE DONDE SE ECHA AGUA ..... OTROS (ESPECIFICAR) ..... OBSERVACION NO POSIBLE .....	1 2 3 4 5 -96 - 99	
G.12B.11	 ANOTAR OBSERVACION SI ES QUE HAY AGUA DISPONIBLE EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.	SI – AGUA DISPONIBLE ..... NO – AGUA NO DISPONIBLE .....	1 2	
G.12B.12	 ANOTAR OBSERVACION SI ES QUE HAY JABON DISPONIBLE EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE OBSERVE.	JABON MULTIUSOS..... BELLEZA/ JABON PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE ..... NO SE OBSERVO JABON..... OBSERVACION NO POSIBLE .....	1 2 3 4 - 99	




## 12B. Observaciones de las facilidades para el Lavado de Manos (3 de 3)

Para la observación directa del entrevistador, acompañado por el encuestado.

G.12B.13 4	 ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO CENIZAS O LODO EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS SOLO UNA RESPUESTA	CENIZA ..... 1 LODO ..... 2 AMBOS ..... 3 NINGUNO ..... 4 OBSERVACION NO POSIBLE ..... - 99	
G.12B.14	¿Tiene jabón para lavar las manos, en casa? Si la respuesta es SI, por favor, muéstreme.  ANOTAR OBSERVACION SI ES QUE HAY JABON DISPONIBLE EN ALGUN LUGAR DE LA CASA. MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE OBSERVE.	JABON MULTIUSOS ..... 1 BELLEZA/ JABON PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... 2 JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE ..... 3 NO SE VE JABON EN LA CASA ..... 4 OBSERVACION NO POSIBLE ..... - 99	









## 13. Observaciones de animales y heces

Para la observación directa del entrevistador.

G.13.1.	¿PUEDE VER ANIMALES DOMÉSTICOS EN LA CASA O EN LOS ALREDEDORES DE LA CASA?  CALCULE LA CANTIDAD QUE PUEDE VER. ANOTE 00 SI NO VE NINGUNO DE AQUEL TIPO DE ANIMAL.   SOLO OBSERVAR	G.1. PERROS / GATOS ..... G.2. POLLOS / PATOS ..... G.3. CERDOS ..... G.4. VACAS / CABALLOS / BURROS / MULAS ..... OTROS .....	NUMERO _____ _____ _____ _____ _____	
G.13.2.	¿PUEDE VER HECES HUMANAS O ANIMALES EN LA CASA O EN LOS ALREDEDORES DE LA CASA?  SOLO OBSERVAR	NADA ..... 1 1 – 5 HECES ..... 2 5 – 10 HECES ..... 3 MAS DE 10 HECES ..... 4 NO PUEDE DISTINGUIR ..... -99		
G.13.3.	¿PUEDE OLER HECES HUMANAS O DE ANIMALES MIENTRAS ESTA DENTRO O CERCA DE LA CASA?  SOLO OBSERVAR	SI ..... 1 NO ..... 2		






# 14. Observaciones de niños

Observación directa. SOLO PARA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (antes del 5º cumpleaños).

G.14.1.		G.14.2.	G.14.3.	G.14.4.	G.14.5.	G.14.6.	G.14.7.	G.14.8.	G.14.9.
COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION Y EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS <b>MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD</b> EN EL HOGAR.  (UTILICE LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION DE LA LISTA DE LA PAGINA 1.)		 ¿ESTA [NOMBRE] RELATIVAMENTE LIMPIO, SIN NINGUN OLOR DESAGRADABLE?  SI ..... 1  NO ..... 2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿TIENE [NOMBRE] LAS MANOS SUCIAS?  SI..... 1  NO.....2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿ <b>TIENE</b> [NOMBRE] TIERRA O LODO EN LAS UÑAS?  SI..... 1  NO ..... 2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿ESTA LA CARA DE [NOMBRE] SUCIA?  SI..... 1  NO.....2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿ESTA [NOMBRE] VESTIDO?  SI..... 1  NO ..... 2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿ESTA LA ROPA DE [NOMBRE] SUCIA?  SI..... 1  NO.....2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿ESTA [NOMBRE] BARRIGON?  SI..... 1  NO ..... 2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99	 ¿LLEVA O TIENE [NOMBRE] ZAPATOS)?  (PREGUNTE EN CASO DE QUE NO PUEDA OBSERVAR)  SI..... 1 NO ..... 2  NO SE PUDO OBSERVAR.... -99
ID NINO	NOMBRE DEL NINO								
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99
		1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 99

## 15. Observaciones de las Interacciones Padres/Hijos


Observación directa para CADA CUIDADOR PRINCIPAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD (antes del 5° cumpleaños). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

G.15.1. COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION Y EL NOMBRE DE CADA <b>CUIDADOR PRINCIPAL</b> DE LOS NIÑOS EN ESTE HOGAR MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD. (UTILICE LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION DE LA LISTA DE LA PAGINA 1.) ANOTE EL CODIGO DE LOS NIÑOS QUE ESTAN A CARGO DE CADA CUIDADOR (TODOS LOS CÓDIGOS DE IDENTIFICACION QUE APARECEN POR LO MENOS UNA VEZ EN G.1.11. EN LA SECCION 1 DEBEN COPIARSE AQUÍ.)				G.15.2.  EL CUIDADOR SUELE MANTENER AL NIÑO DENTRO DE SU ALCANCE VISUAL Y OBSERVA AL NIÑO CON BASTANTE FRECUENCIA. SI.....1 NO.....2 NO PUDE OBSERVAR.....-99 (Si el niño no está en la casa)	G.15.3.  EL CUIDADOR LE HABLA AL NIÑO DURANTE EL CURSO DE LA VISITA. SI.....1 NO.....2 NO PUDE OBSERVAR.....-99	G.15.4.  EL CUIDADOR LE HACE JUGAR, LO ENTRETIENE, INTERACTUA CON EL NIÑO PARA FOMENTAR SU DESARROLLO Y APRENDIZAJE. (POR EJEMPLO, LE AYUDA AL NIÑO A PONERSE DE PIE O A CAMINAR, O MIRAN LIBROS JUNTOS, O LE LEE AL NIÑO). SI.....1 NO.....2 NO PUDE OBSERVAR.....-99	G.15.5.  EL CUIDADOR LE SONRIE AL NIÑO O SE RIEN JUNTOS. SI.....1 NO.....2 NO PUDE OBSERVAR.....-99	G.15.6.  EL CUIDADOR LE PALMOTEO O GOLPEO AL NIÑO DURANTE LA VISITA. SI.....1 NO.....2 NO PUDE OBSERVAR.....-99
ID CUIDADOR	NOMBRE DEL CUIDADOR	ID NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO					
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
				1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99



## 16. Percepciones de enfermedades (1 de 1)

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

COPIAR LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION Y LOS NOMBRES DE TODOS LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD EN LOS CASILLEROS DE LA DERECHA. (TODOS LOS CODIGOS DE IDENTIFICACION QUE APARECEN POR LO MENOS UNA VEZ EN G.1.11. DEBEN COPIARSE AQUÍ.) FORMULE ESTAS TRES PREGUNTAS A CADA CUIDADOR DE MANERA INDIVIDUAL. TRATE DE HACERLO EN PRIVADO, PARA QUE LOS CUIDADORES NO ESCUCHEN LAS RESPUESTAS DADAS POR EL ENCUESTADO. ANOTE LAS RESPUESTAS DE CADA PERSONA EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.			CUIDADOR NOMBRE _____ CODIGO ID _____	CUIDADOR NOMBRE _____ CODIGO ID _____	CUIDADOR NOMBRE _____ CODIGO ID _____
G.16.0	¿Está presente esta persona?	Sí ..... No .....	1 2 [ <b>&gt;&gt;Sgte.Persona</b> ]	1 2 [ <b>&gt;&gt;Sgte.Persona</b> ]	1 2 [ <b>&gt;&gt;Sgte.Persona</b> ]
G.16.1.	En su opinión, ¿cuáles son los síntomas de la diarrea?  RESPUESTA ESPONTÁNEA.  <b>NO LEA EN VOZ ALTA LAS RESPUESTAS.</b>  REPITA LA PREGUNTA 1 – 2 VECES.  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SE MENCIONEN.	DEPOSICIONES SUELTAS O AGUADAS..... SANGRE O MOCO EN LAS DEPOSICIONES..... DEPOSICIONES FRECUENTES..... DOLOR ABDOMINAL..... PARTE BLANDA DE CABEZA HUNDIDA..... FIEBRE..... VOMITOS..... NAUSEAS..... DEBILIDAD (PERDIDA DE PESO, NO COME NI BEBE BIEN)..... DESHIDRATACION (SED INTENSA, LABIOS SECOS, SIN LAGRIMAS)..... PERDIDA DEL SENTIDO (MAREO, ALETARGAMIENTO MENTAL)..... DOLOR DE CABEZA..... CANSADO / MALHUMORADO /LLORA BASTANTE ..... OTRO (ESPECIFICAR _____)..... NO SABE .....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 -96 - 99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 -96 - 99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 -96 - 99
G.16.2.	¿Qué causa diarrea?   LEA CADA RESPUESTA EN VOZ ALTA.	Comer comida pasada ..... Comer comida de los vendedores ambulantes ..... Comer comida donde se hayan parado las moscas ..... Comida sucia/maloliente ..... Beber agua sucia ..... Usar letrinas sucias/defecar al aire libre ..... No lavarse las manos con agua ..... No lavarse las manos con agua y jabón ..... Mal tiempo/cambio de clima ..... Exposición al sol ..... Dentición/nueva dentadura..... Algunos tipos de vacuna ..... Hogar sucio..... Vecindario/pueblo sucio .....	<b>Sí No NS</b> 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99	<b>Sí No NS</b> 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99	<b>Sí No NS</b> 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99 1 2 - 99
G.16.3.	¿Cree usted que la diarrea se puede prevenir?	Sí ..... No .....	1 2	1 2	1 2

### 17. Uso del tiempo del cuidador (1 de 1)

CADA cuidador principal de **niños menores de cinco 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.17.1. ENUMERAR LOS CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN Y LOS NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS <b>MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD.</b>		G.17.2. COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACIÓN Y EL NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS PRINCIPALES DE ESTE NIÑO (DE LA LISTA DE LA SECCION 1)		G.17.3. ¿Cuánto tiempo dedicó [CUIDADOR] primordialmente al cuidado del niño [NIÑO] el día de [ MENCIONAR TIEMPO] ?  (Responda en términos de hora por día.)   (TOME EN CUENTA DE QUE NO SE INCLUYE EL TIEMPO EN EL QUE EL CUIDADO DEL NIÑO CONSTITUYO LA ACTIVIDAD <b>SECUNDARIA</b> . INCLUYA EL TIEMPO CUANDO EL CUIDADO DEL NIÑO CONSTITUYO LA ACTIVIDAD <b>PRIMARIA</b> , AUN SI ESTUVO DEDICADO A UNA ACTIVIDAD SECUNDARIA NO DIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL CUIDADO DEL NIÑO.)							(NOTA: EL MISMO DÍA QUE HOY PERO DE LA SEMANA PASADA)  ↓
ID NINO	NOMBRE DEL NINO	ID C U I D A D O R	NOMBRE DEL CUIDADOR	a) Ayer	b) Anteayer	c) Hace 3 Días	d) Hace 4 Días	e) Hace 5 Días	f) Hace 6 Días	g) Hace 7 Días	