

**CONGLOMERADO:**

--	--	--	--

**HOGAR:**

--	--

Información del Lugar	Personal de la Encuesta	Nombre	Código	Día/Mes/Año
Distrito (Nombre):	Entrevistador		___	___/___/___
Localidad (Nombre):	Supervisor		___	___/___/___
Área de Enumeración/Sector Censal:	Validación datos		___	___/___/___
Total de personas en Lista de Enumeración de Línea de Base: ___ ___	Ingreso de datos 1		___	___/___/___
Total de personas en Lista de Enumeración de Línea Final: ___ ___	Ingreso de datos 2		___	___/___/___
Dirección:				
Descripción de cómo llegar a la casa:				
Teléfono / Otra Información para Comunicarse:				

	Primera Visita	Segunda Visita	Tercera Visita
Fecha de la encuesta			
Hora de Inicio			
Hora de Término			
Duración			
Resultados	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Códigos para Resultados de Visita**

Se finalizó entrevista.....1	Se reprogramó Entrevista (Indique fecha de próxima cita abajo.).....4	Rehusó Participar.....7
No se finalizó entrevista (Explicar a continuación).....2	Nadie en Casa.....5	Vivienda Desocupada (Nadie vive aquí).....8
Encuestado Imprescindible No Disponible (Hacer Cita.).....3	Temporalmente fuera de Hogar.....6	Vivienda no encontrada.....9

**OBSERVATIONS:**

# 1. Lista de los Integrantes de Hogar (1 de 2)

Integrante de la familia mejor informado

G.1.0. Ingresar el Código ID del integrante de la familia mejor informado. CÓDIGO ID: \_\_\_\_\_

G.1.0. CÓDIGO DE IDENTIFICACION	G.1.1B ¿Está (NOMBRE) viviendo todavía en el hogar? (SE HA MUDADO O FALLECIDO DESDE QUE SE REALIZÓ LA LÍNEA DE BASE?)  Sí, vive todavía aquí.....1 No, se mudó del hogar.....2 [ >>No hacer ninguna pregunta más sobre esta persona]. No, falleció.....3 [ >>No hacer ninguna pregunta más sobre esta persona]. Nuevo miembro del hogar.....4 Otro (Especificar.....)-96 No sabe.....-99	G.1.2. Sexo:  Masculino .....1  Femenino .....2	G.1.3. Relación con el Jefe del Hogar:  Jefe del Hogar.....1 Esposa/Esposo .....2 Hijo (a)/ Hijo(a)Adoptado(a).....3 Nieta.....4 Sobrino /Sobrina.....5 Padre/Madre .....6 Hermana/Hermano.....7 Yerno/Nuera.....8 Cuñado/Cuñada .....9 Abuelo/Abuela .....10 Suegro/ Suegra.....11 Empleada doméstica.....12 Cuidador Residente.....13 Cuidador no residente.....14 Otras (Especifica).....-96	G.1.4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [NOMBRE]?			G.1.5A. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?	
				Día (DD)	Mes (MM)	Año (AAAA)	Años	Meses
1	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
2	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
3	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
4	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
5	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
6	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
7	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
8	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
9	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
10	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
11	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
12	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
13	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
14	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					
15	1 2 3 4 -96 -99	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96					

# 1. Lista de los Integrantes del Hogar (2 de 2)

Integrante de la familia, mejor informado

G.1.0. CODIGO DE IDENTIFICACION	G.1.6. ¿Cuál es el estado civil actual de (Nombre)?  Casado.....1  Conviviente.....2  Separado .....3 [ <b>&gt;&gt;G.1.8.</b> ]  Divorciado..... 4 [ <b>&gt;&gt;G.1.8.</b> ]  Viudo..... 5 [ <b>&gt;&gt;G.1.8.</b> ]  Soltero..... 6 [ <b>&gt;&gt;G.1.8.</b> ]  Otros ..... -96	G.1.7. COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DEL CONYUGE/ PAREJA DE ESTA PERSONA.  NO FORMA PARTE DEL HOGAR .....-88	G.1.8. SI LA PERSONA ES >= 18 AÑOS, SALTAR A G.1.12.  SI NO, COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DEL PADRE DE ESTA PERSONA.  DIFUNTO .....-77  NO FORMA PARTE DEL HOGAR .....-88	G.1.9. SI LA PERSONA ES >= 18 AÑOS, SALTAR A G.1.12.  SI NO, COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DE LA MADRE DE ESTA PERSONA  DIFUNTA .....-77  NO FORMA PARTE DEL HOGAR .....-88	G.1.10. SI LA PERSONA ES <5 AÑOS, COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRINCIPAL.  <i>EL CUIDADOR PRINCIPAL ES QUIEN PASA MAS TIEMPO CON EL NIÑO. USUALMENTE ES LA MADRE.</i>  SI EL CUIDADOR PRINCIPAL NO FORMA PARTE DE LA LISTA, REGRESE A LA G 1.1 E INGRESE LA INFORMACION DEL CUIDADOR EN LA LISTA.	G.1.12. CONFIRMAR QUE ESTA VIVIENDA ES LA RESIDENCIA PRINCIPAL DE CADA PERSONA QUE FORMA PARTE DE ESTA LISTA. (CONFIRMAR QUE ESTA PERSONA VIVE AQUÍ POR LO MENOS 6 MESES A UN AÑO)  RESIDENTE ..... 1 NO ES RESIDENTE..... 2 <b>[&gt;&gt;NO FORMULE PREGUNTAS ACERCA DE ESTA PERSONA EN NINGUN OTRO MODULO]</b> CUIDADOR NO RESIDENTE..... 3  <i>CONFIRMAR QUE NO EXISTE NINGUNA OTRA PERSONA VIVIENDO EN LA CASA, INCLUIDOS NIÑOS, ANCIANOS, O RESIDENTES QUE NO SEAN FAMILIARES.</i>
1	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
2	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
3	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
4	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
5	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
6	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
7	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
8	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
9	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
10	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
11	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
12	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
13	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
14	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3
15	1 2 3 4 5 6 -96					1 2 3

## 2. Modulo de Educación (1 de 2)

Integrante de la familia mejor informado

G.2.1. REMÍTASE A G.1.5 Y MARQUE CON UN CÍRCULO EL CÓDIGO ID PARA CADA PERSONA DE 5 AÑOS O MÁS.	G.2.3. ¿Alguna vez asistió [NOMBRE] a la escuela?  Sí.....1  No.....2 [>>G.2.11]  NO SABE....-99 [>>G.2.11]	G.2.4. ¿Cuál es el último año de estudio que aprobó [NOMBRE]?		G.2.5. ¿Está [NOMBRE] actualmente matriculado o estuvo matriculado en algún centro de estudios durante los últimos 12 meses?  Sí.....1  No.....2 [>>G.2.11]	P.2.13.  Por favor indique el nombre del centro de estudios al cuál [NOMBRE] asiste.  <b>(EN COMPUTO) COTEJE CON LA LISTA DE ESCUELAS QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE EDUCACION SANITARIA/HIGIENE</b>  ESCUELA PARTICIPANTE..... 1  ESCUELA NO PARTICIPANTE..... 2   <b>ESCRIBA EL NOMBRE</b>	G.2.8. ¿Cuánto tiempo se tarda [NOMBRE] en llegar al centro de estudios?		
		AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL NIVEL:  NO SABE...-99	NIVEL: Guardería..... 1 Inicial..... 2 Primaria..... 3 Secundaria..... 4 Técnico..... 6 Universidad..... 7 Post Grado..... 8 Sin Nivel .....11 NO SABE.....-99			TIEMPO SOLO DE IDA		HORAS
CODIGO ID		Año/ Grado	NIVEL					
1	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
2	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
3	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
4	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
5	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
6	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
7	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
8	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
9	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
10	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
11	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
12	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
13	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
14	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		
15	1 2 -99		1 2 3 4 6 7 8 -99	1 2		1 2 -99		

## 2. Modulo de Educación (2 de 2)

Integrante de la familia mejor informado

CODIGO ID		UNA RESPUESTA POR DIA					HORAS POR SEMANA					
		a) LUNES	b) MARTES	c) MIERCOLES	d) JUEVES	e) VIERNES	a) Escuela	b) Estudiando	c) Cuidando niños hogar	d) Tareas del hogar la casa	e) Trabajo pagado	f) Trabajo NO pagado
1	1 2											
2	1 2											
3	1 2											
4	1 2											
5	1 2											
6	1 2											
7	1 2											
8	1 2											
9	1 2											
10	1 2											
11	1 2											
12	1 2											
13	1 2											
14	1 2											
15	1 2											

### 3. Modulo de Mano de Obra (1 de 5)

#### Parte A: Participación en la Fuerza Laboral

Integrante de la familia mejor informado

<p>G.3.1. REMÍTASE A G.1.5 Y MARQUE CON UN CÍRCULO EL CÓDIGO ID PARA CADA PERSONA DE 5 AÑOS O MÁS.</p>	<p>G.3.2. LEA CADA RESPUESTA HASTA QUE OBTENGA EL PRIMER "SI" Y MARQUE DICHA RESPUESTA</p> <p><b>¿La semana pasada estuvo [NOMBRE]..?</b></p> <p>Trabajando?..... 1 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      No trabajó aunque tenía un trabajo?..... 2 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Buscando trabajo?..... 3 [<b>&gt;&gt;G.3.4.]</b>                      Estudiando?..... 4                      Haciendo las tareas del hogar? 5                      Rentista? ..... 6                      Incapacitado permanentemente para trabajar..... 7 [<b>&gt;&gt;G.3.4.]</b>                      Retirado? ..... 8 [<b>&gt;&gt;G.3.4.]</b>                      Sin trabajo y sin buscar trabajo? 9                      No sabe..... -99</p>	<p>G.3.3. ¿[NOMBRE] no buscó trabajo porque ...?</p> <p>No quería trabajar.. 1                      Estaba enfermo?.....2                      Creía que no encontraría trabajo..... 3                      Otra razón..... -96                      NO SABE..... -99</p>	<p>G.3.4. LEA CADA PREGUNTA HASTA OBTENER EL PRIMER "SI" Y MARQUE DICHA RESPUESTA.</p> <p><b>¿En la semana pasada [NOMBRE]?</b></p> <p>Vendió productos, ropa, comida, cosméticos, etc. en un negocio en casa?..... 1 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Vendió productos, ropa, comida, cosméticos, etc. en el negocio de otra persona?..... 2 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Hizo un producto para vender (ropa, artesanía, comida, etc.)?..... 3 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Lavó, planchó, o cosió ropa por dinero?..... 4 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Ayudó en un trabajo agrícola, negocio o a cuidar del ganado?..... 5 [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      Realizó algún otro tipo de actividad remunerada o no?..... 6                      No trabajó en nada?..... 7                      NO SABE..... -99</p>	<p>G.3.5. <b>¿En los últimos 12 meses, [NOMBRE] realizó alguna actividad para tener un ingreso o ayudar a la familia a tener ingresos?</b></p> <p>Sí.....1                      [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      No.....2                      NO SABE ....-99</p>	<p>G.3.6. <b>¿En los últimos 12 meses, ha [NOMBRE] ayudado de alguna forma en algún negocio familiar, ya sea remunerado o no?</b></p> <p>Sí..... 1                      [<b>&gt;&gt;G.3.8.]</b>                      No..... 2                      [<b>&gt;&gt;G.3.19.]</b>                      NO SABE..... -99                      [<b>&gt;&gt;G.3.19.]</b></p>
1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99
15	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -99	1 2 3 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -99	1 2 -99	1 2 -99

### 3. Modulo de Trabajo (2 de 5)

#### Parte B: Trabajo Principal

G.3. 8. MARQUE EL CÓDIGO ID DE CADA PERSONA QUE TRABAJÓ DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ESTO ES, SI AL MENOS SE CUMPLE UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:  G.3.2 =1 o 2, O G.3.4 =1 o 2 o 3 o 4 o 5, O G.3.5 =1, O G.3.6 =1	G.3.9. ¿Cuál es el <b>principal</b> trabajo de [NOMBRE]?  (EN CASO DE MAS DE UN TRABAJO LA ACTIVIDAD PRINCIPAL ES AQUELLA QUE CONSUME MAS <b>TIEMPO</b> )  Un trabajador independiente.....1 Un trabajador dependiente/empleado.....2 Un empleador o jefe de un negocio.....3 Un trabajador sin remuneración .....4 [>>G.3.10B.] Un trabajador por día (destajo).....5 Otros (Especificar _____).....-96  SE NEGÓ A RESPONDER.....-98 NO SABE .....-99	G.3.10A. ¿Cuánto gana normalmente [NOMBRE] en su trabajo principal?		G.3.10B. ¿Recibe [NOMBRE] alguna de las siguientes formas de compensación en su trabajo principal? (EXISTE ALGUN OTRO TIPO DE COMPENSACION NO CONSIDERADA EN G.3.10A)?			
		ESCRIBIR MONTO	POR	SÍ	No	SE NEGÓ A RESPONDER	NO SABE
CODIGO ID		MONTO (SOLES)	POR PERIODO	a) Comida / Vivienda	b) Seguro medico	c) Seguro enfermedad	d) Otros pagos en especie
1	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
2	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
3	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
4	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
5	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
6	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
7	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
8	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
9	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
10	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
11	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
12	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
13	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
14	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
15	1 2 3 4 5 -96 -98 -99		1 2 3 4 5	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99	1 2 -98 -99
<b>00</b>	<b>TOTAL</b>						

### 3. Modulo de Trabajo (3 de 5)

#### Parte B: Trabajo Principal

G.3.8 MARQUE LOS MISMOS CÓDIGOS QUE MARCÓ EN G.3.8. EN LA PÁGINA ANTERIOR)	G.3.11A. ¿En este trabajo principal, cuántas horas por semana trabaja [NOMBRE] habitualmente?  SE NEGÓ A RESPONDER.....-98  NO SABE .....-99	G.3.11C. ¿En este trabajo principal cuántas horas trabajó [NOMBRE] la <b>semana pasada</b> ?  SE NEGÓ A RESPONDER .....-98  NO SABE .....-99	G.3.11B. ¿En este trabajo principal [NOMBRE] trabajó menos horas que lo usual la <b>semana pasada</b> ?  Sí.....1 No.....2 [ <b>&gt;&gt;G.3.12</b> ]  SE NEGÓ A RESPONDER....-98 [ <b>&gt;&gt;G.3.12</b> ]  NO SABE .....-99 [ <b>&gt;&gt;G.3.12</b> ]	G.3.11D. ¿Por qué [NOMBRE] trabajó menos horas que lo usual la <b>semana pasada</b> ?  (MARQUE SOLO UNA RESPUESTA)  Feriado/Vacaciones.....1 Enfermo.....2 Cuidando a un familiar enfermo .....3 Otro razón (NO especifique) .....-96 SE NEGÓ A RESPONDER...-98 NO SABE.....-99	G.3.12. ¿En los <b>últimos 12 meses</b> cuántos meses [NOMBRE] desempeñó este trabajo principal para generar ingresos?  SE NEGÓ A RESPONDER....-98  NO SABE.....-99	G.3.13. ¿Además de su actividad principal [NOMBRE] desempeñó alguna otra actividad para generar ingresos <b>en los últimos 12 meses</b> ?  Sí.....1 No.....2 [ <b>&gt;&gt;G.3.19.</b> ]  SE NEGÓ A RESPONDER .....-98 [ <b>&gt;&gt;G.3.19.</b> ]  NO SABE...-99 [ <b>&gt;&gt;G.3.19.</b> ]
CODIGO IDENTIFICACION	HORAS / SEMANA	HORAS ULTIMA SEMANA			MESES	
1			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
2			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
3			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
4			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
6			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
7			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
8			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
9			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
10			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
11			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
12			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
13			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
14			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
15			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99		1 2 -98 -99
<b>00 TOTALES</b>						

### 3. Modulo de Trabajo (4 de 5)

#### Parte C: Trabajo Secundario

G.3.14. MARQUE EL CÓDIGO ID PARA CADA PERSONA QUE RESPONDIÓ "1" (SI) A LA PREGUNTA G.3.13., EN LA PÁGINA ANTERIOR.	G.3.15. ¿En este <b>segundo</b> trabajo o actividad, fue [NOMBRE]...?  Un Trabajador Independiente.....1 Un trabajador dependiente/ empleado.....2 Un empleador o jefe de un negocio.....3 Un trabajador sin remuneración.....4 [>>G.3.17A.]  Otros (Especificar.....-96 SE NEGÓ A RESPONDER.....-98 NO SABE.....-99	G.3.16A. ¿Cuánto gana [NOMBRE] en este trabajo <b>secundario</b> ?  ESCRIBA LA CANTIDAD  No recibe sueldo/salario...0  Sólo una vez/Nunca...0 Día.....1 Semana.....2 Quincena.....3 Mes.....4 Año.....5  SE NIEGA A RESPONDER .....-98  NO SABE.....-99	G.3.17A. ¿En este trabajo <b>secundario</b> cuántas horas por semana trabaja o trabajaba [NOMBRE] habitualmente ? SE NIEGA A RESPONDER.. .....-98  NO SABE.....-99	G.3.17C. ¿En este trabajo <b>secundario</b> cuántas horas trabajó [NOMBRE] la <b>semana</b> <b>pasada</b> ?  SE NIEGA A RESPONDER .....-98  NO SABE.....-99	G.3.17B. ¿En este trabajo <b>secundario</b> , [NOMBRE] trabajó menos horas que lo usual la <b>semana</b> <b>pasada</b> ?  Sí.....1 No.....2 [>>G.3.18] SE NIEGA A RESPONDER..-98 [>>G.3.18] NO SABE.....-99 [>>G.3.18]	G.3.17D. ¿Por qué [NOMBRE] trabajó menos horas en este trabajo secundario la semana pasada?  Feriado/Vacaciones..1 Enfermo .....2 Cuidando un familiar enfermo .....3 Otra razón (NO especifique).....96 SE NIEGA A RESPONDER...-98 NO SABE.....-99	G.3.18. ¿En los últimos <b>12 meses</b> cuántos meses trabajó [NOMBRE] en este trabajo secundario?  SE NIEGA A RESPONDER ... .....-98  NO SABE.....-99
CODIGO ID	MONTO (SOLES)	POR PERIODO	HORAS / SEMANA	HORAS / SEMANA	MESES		
1	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
2	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
3	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
4	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
5	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
6	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
7	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
8	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
9	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
10	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
11	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
12	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
13	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
14	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
15	1 2 3 4 5 -96 -98 -99	0 1 2 3 4 5			1 2 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	
<b>00</b>	<b>TOTALES</b>						

### 3. Modulo de Trabajo (5 de 5)

#### Parte D: Otras Fuentes de Ingreso

MARQUE LOS MISMOS CÓDIGOS QUE MARCÓ EN G.3.1.	G.3.20. ¿Adicionalmente, ha recibido [NOMBRE] algún <b>otro</b> ingreso (en efectivo o especie) por <b>otros trabajos, jubilación, pensión, seguro de desempleo, seguro médico, etc.?</b>  Sí.....1 No.....2 [Siguiete Persona] SE NEGÓ A RESPONDER.....-98 [Siguiete Persona] NO SABE.....-99 [Siguiete Persona]	G.3.21. ¿Cuánto recibe normalmente [NOMBRE] de <b>otros trabajos</b> o actividades no mencionadas anteriormente?		G.3.22. ¿Cuánto recibe normalmente [NOMBRE] por <b>pensión, jubilación, seguro médico o seguro de desempleo?</b>	
		No recibe.....0  SE NIEGA A RESPONDER .....-98  NO SABE..... -99	Sólo una vez/Nunca....0 Día.....1 Semana.....2 Quincena.....3 Mes.....4 Año.....5	No recibe..... 0  SE NIEGA A RESPONDER.....-98  NO SABE..... -99	Casi nunca o una vez...0 Día.....1 Semana.....2 Quincena.....3 Mes.....4 Año.....5
CODIGO IDENTIFICACION		MONTO TOTAL (SOLES)	POR PERIODO	MONTO TOTAL (SOLES)	POR PERIODO
1	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
2	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
3	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
4	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
5	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
6	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
7	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
8	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
9	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
10	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
11	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
12	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
13	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
14	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
15	1 2 -98 -99		0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5
<b>00</b>	<b>TOTALES</b>				

## 4. Ingresos del Hogar (1 de 1)

Integrante de la familia mejor informado

G.4.1. ¿Tiene su familia alguna otra fuente de ingresos por remesas, transferencias gubernamentales (por lactancia, programa juntos, etc), becas escolares, ingresos por rentas o alguna pequeña empresa en el hogar que no se hayan indicado en la última sección de ingresos del hogar?		Sí.....1 No.....2				[>>G.5.1.]									
G.4.2. Por favor dígame cuales de las siguientes fuentes de ingresos fueron recibidas por algún miembro de su hogar <b>durante los últimos 12 meses.</b>  LEA ESTAS OPCIONES EN VOZ ALTA Y MARQUE CADA ACTIVIDAD MENCIONADA. SI RECIBIÓ INGRESOS Y NO FUERON REGISTRADOS EN EL MODULO 3, MARQUE EL CODIGO 1, SI NO ES ASÍ MARQUE EL CODIGO 2, A CONTINUACIÓN HAGA LAS PREGUNTAS G.4.3- G.4.5 SÓLO A AQUELLAS FUENTES DE INGRESO O ACTIVIDADES QUE ESTÁN MARCADAS CON LA OPCIÓN "1" (SI).  Si.....1 No.....2 [ >> Siguiete ítem de la lista ] No sabe.....-99 [ >>Siguiete ítem de la lista ]		G.4.3. ¿Cuántos meses en el último año recibió su familia ingresos de [FUENTE] o [ACTIVIDAD]?		G.4.4. ¿Qué ingresos obtuvo su familia de [FUENTE o ACTIVIDAD] en los últimos 12 meses?  SI NO SABE ..... -99.				G.4.5. ¿Qué gastos tiene su familia al recibir [FUENTE] o producir [ACTIVIDAD] durante un periodo de 12 meses?  SI NO SABE ..... -99.							
				CANTIDAD (SOLES)				CANTIDAD (SOLES)							
				Semanal.....1 Quincena.....2 Mensual.....3 Anual.....4				Semanal.....1 Quincena.....2 Mensual.....3 Anual.....4							
G.1	Intereses o ingreso por inversión	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.2	Remesas	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.3	Alquiler de tierras o edificios a terceros	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.4	Alquiler de vehículos, equipo o maquinaria a terceros	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.5	Alquiler de animales o ganado a terceros	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.6	Becas escolares	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.7	Transferencias gubernamentales: pago por lactancia, programa Juntos, otros programas sociales, etc.	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.8	Asistencia de iglesia, grupo comunitario, org. Local	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.9	Regalos o donaciones	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.10	Producción casera de cualquier producto alimenticio (carne, lácteos, huevos, frutas, vegetales, pan, mermeladas u otros alimentos preparados)	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.11	Recolección de plantas, flores, hierbas, leña, productos forestales, etc.	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.12	Otras actividades agrícolas	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.13	Reventa de comida envasada (gaseosas, caramelos, otros)	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.14	Producción casera de ropa, bordados, etc.	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.15	Producción casera de muebles	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.16	Otras actividades no agrícolas	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
G.20	Otros (especificar _____)	1	2	-99			1	2	3	4		1	2	3	4
00	<b>TOTALES</b>														

## 5. Bienes (1 de 3)

### Parte A: Bienes duraderos del Hogar

Integrante de la familia mejor informado

ARTICULOS		G.5.1. ¿Posee su hogar por lo menos un [artículo]?  Sí.....1 No.....2 [ <b>&gt;&gt;Siguiete Bien</b> ] NO SABE.....-99 [ <b>&gt;&gt;Siguiete Bien</b> ]	G.5.2. ¿Hace cuántos años compró este [artículo]? Si usted posee más de un [artículo], refiérase al último que adquirió.  SI ES MENOR DE UN AÑO, REDONDEAR A UNO.  NO LO COMPRO...-97 [ <b>&gt;&gt;Sig. Bien</b> ] NO SABE.....-99 [ <b>&gt;&gt;Sig. Bien</b> ]	G.5.3. ¿Cuánto pagó por este [artículo] cuando lo compró? Si usted posee más de un [artículo], refiérase al último que adquirió.  NO LO COMPRO.....-97 NO SABE.....-99  CANTIDAD (SOLES)
G1	Radio / CD / cassette	1 2 -99		
G2	Televisor	1 2 -99		
G3	Videocasete, VCD, DVD player	1 2 -99		
G4	Computadora	1 2 -99		
G5	Bicicleta	1 2 -99		
G6	Motocicleta	1 2 -99		
G7	Auto e-tractor	1 2 -99		
G8	Refrigerador	1 2 -99		
G9	Cocina a gas	1 2 -99		
G10	Otro tipo de cocina (Kerosene, eléctrica, etc.)	1 2 -99		
G11	Licuadaora	1 2 -99		
G12	Tostadora	1 2 -99		
G13	Microondas	1 2 -99		
G14	Lavadora	1 2 -99		
G15	Hervidor de agua	1 2 -99		
G16	Otras casas/ otras propiedades	1 2 -99		
G17	Maquinaria, equipo o herramientas para negocio familiar (NO EQUIPO AGRICOLA)	1 2 -99		
G18	Telefonos celulares	1 2 -99		
G19		1 2 -99		
<b>00</b>	<b>TOTALES</b>			
			G.5.5. En cuanto valora sus joyas u objetos de valor (oro, plata)? NO SABE .....-99 CANTIDAD (SOLES)	
G.5.4	Joyas	1 2 -99		

## 5. Bienes (2 de 3)

### Parte B: Equipos Agrícolas

Integrante de la familia mejor informado

G.5.6.	¿Su familia es propietaria de otro terreno aparte del que ocupan?	Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... -99	1 2 -99	[>>G.5.10.] [>>G.5.10.]
G.5.7.	¿Cuántas hectáreas son de propiedad de su familia?	HECTAREAS _____ NO SABE.....-99		
G.5.8.	¿Hay alguna fuente de agua en ese terreno (aparte del agua de lluvia)?	SI..... 1 No..... 2 NO SABE..... -99	1 2 -99	
G.5.9.	¿Esta tierra tiene irrigación?	Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... -99	1 2 -99	

G.5.10. ¿Su familia es propietaria de equipo agrícola?		Sí..... 1 No ..... 2 [ >>G.5.15.]			
EQUIPOS		G.5.11. ¿Posee en su hogar un [EQUIPO]? Sí.....1 No.....2 [>>Siguiete Equipo] NO SABE.....-99 [>>Siguiete Equipo]	G.5.12. ¿Cuántos [EQUIPOS] poseen en su hogar?	G.5.13. ¿Hace cuántos años que compró el [EQUIPO]? Si usted posee más de un [EQUIPO], refiérase al último que adquirió.  SI ES MENOS DE UN AÑO, ANOTE 1 (UNO)  NO LO COMPRÓ....-97 [>>Siguiete Equipo] NO SABE.....-99 [>>Siguiete Equipo]	G.5.14. ¿Cuánto pagó por el [EQUIPO] cuando lo compró? Si usted posee más de un [EQUIPO], refiérase al último que adquirió.  NO SABE...-99  CANTIDAD (SOLES)
G41	Tractor	1 2 -99			
G42	Trilladora/Cosechadora de granos	1 2 -99			
G43	Arado	1 2 -99			
G44	Carretillas	1 2 -99			
G45	Otros equipos agrícolas	1 2 -99			
00	<b>TOTALES</b>				

## 5. Bienes (3 de 3)

### Parte C: Ganado

#### Integrante de la familia mejor informado

G.5.15. ¿Su familia posee animales así sean pequeños o aves?		Sí... .. 1 No ..... 2 [ <b>&gt;&gt;G.6.1.</b> ]									
ANIMALES	G.5.16. ¿Posee alguno de los siguientes animales?  Sí.....1  No.....2 [>>Siguiente Animal]  NO SABE.....-99 [>>Siguiente Animal]	G.5.17. ¿Cuántos [ANIMALES] posee su familia?	G.5.18. ¿Ha comprado o vendido su familia algún [ANIMAL] en los últimos 12 meses?  Sí.....1 No.....2 [>>Sig. Animal] NO SABE.....-99 [>>Sig. Animal]	G.5.19A. ¿Cuántos [ANIMALES] compró?  Si NO compro, [>>G.5.19B]  NO SABE.....-99	G.5.20B. ¿Cuál fue el precio de compra por [ANIMAL]?  NO SABE.....-99	G.5.20A. ¿Cuál fue el precio de total de la compra de [ANIMALES]?  NO SABE.....-99	G.5.19. ¿Cuántos [ANIMALES] vendió?  Si NO vendió, [>>Sig. Animal]  NO SABE.....-99	G.5.20D ¿Cuál fue el precio de la venta por [ANIMAL]?  NO SABE.....-99	G.5.20C ¿Cuál fue el precio total de la venta de [ANIMALES]?  NO SABE.....-99	NUMERO	SOLES
										NUMERO	SOLES
G.61	Vaca	1 2 -99	1 2 -99								
G.62	Toro	1 2 -99	1 2 -99								
G.63	Caballo	1 2 -99	1 2 -99								
G.64	Mula	1 2 -99	1 2 -99								
G.65	Burro	1 2 -99	1 2 -99								
G.66	Cabra	1 2 -99	1 2 -99								
G.67	Oveja	1 2 -99	1 2 -99								
G.68	Cerdo	1 2 -99	1 2 -99								
G.69	Pollo	1 2 -99	1 2 -99								
G.70	Pato	1 2 -99	1 2 -99								
G.71	Pavo	1 2 -99	1 2 -99								
G.72	Ganso	1 2 -99	1 2 -99								
P.74	Conejo	1 2 -99	1 2 -99								
P.75	Cuy	1 2 -99	1 2 -99								
P.76	Codorniz	1 2 -99	1 2 -99								
G.73	Otros (Especificar)	1 2 -99	1 2 -99								
00	<b>TOTALES</b>										

## 6. Características de la vivienda (1 de 2)

Integrante de la familia mejor informado

G.6.1.	¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda (incluyendo baño y cocina)?	NO SABE.....-99	NUMERO DE HABITACIONES_____
--------	---	-----------------	-----------------------------

G.6.7.	<p>¿Permiten que algún animal entre en la casa?</p> <p>LEER LOS ANIMALES DE LA LISTA AUNQUE CONTESTE QUE NO.</p> <p>Sí .....1 No.....2 No Sabe.....-99</p>	G1. Perro(s)	1	2	-99
		G2. Gatos(s)	1	2	-99
		G3. Pollo(s)	1	2	-99
		G4. Cabra(s)	1	2	-99
		G5. Cerdo(s)	1	2	-99
		P6. Cuy(es)	1	2	-99
		P7. Conejo(s)	1	2	-99
		P8. Pato(s)	1	2	-99
		Otros animales (Especificar _____ )	1	2	-99
G.6.11.	<p>¿Qué tipo de alumbrado tiene o usa más en su vivienda?</p> <p>MARQUE SOLO UNA RESPUESTA.</p>	Sin alumbrado .....	0		
		Electricidad .....	1		
		Gas .....	2		
		Kerosene .....	3		
		Carbón .....	4		
		Madera.....	5		
		Bosta/ Abono .....	6		
		Velas .....	7		
		Batería .....	8		
Otro (Especificar _____ ) .....	-96				
G.6.12.	<p>¿Qué tipo de combustible usa más para cocinar?</p> <p>MARQUE SOLO UNA RESPUESTA.</p>	Sin combustible para cocinar.....	0		
		Electricidad .....	1		
		Gas .....	2		
		Kerosene .....	3		
		Carbón .....	4		
		Madera/ leña .....	5		
		Bosta / Abono.....	6		
		Velas .....	7		
		Baterías .....	8		
Otro (Especificar _____ ) .....	-96				

## 6. Características de la vivienda (2 de 2)

Integrante de la familia mejor informado

G.6.13.	¿Cómo mantiene su vivienda caliente?  (EMPEZAR A LEER DE ABAJO HACIA ARRIBA)	Ningún tipo de calefacción..... 0 Radiadores de agua caliente centralizada..... 1 Radiadores de agua en habitaciones (de gas, eléctricos, carbón)..... 2 Calefactores eléctricos..... 3 Estufa a carbón ..... 4 Cocina a leña ..... 5 Cocina de kerosene ..... 6 Estufa que quema paja, maleza, abono, turba ..... 7  Otro (Especificar _____)..... -96					
G.6.14.	La vivienda donde usted vive se encuentra en:	Propiedad de un integrante de la familia, y está en proceso de ser cancelada..... 1 Propiedad de un integrante de la familia, y está totalmente pagada..... 2 Alquilada..... 3 Prestada por la familia o amigos..... 4 Por invasión con título de propiedad {P}..... 11 Por invasión sin título de propiedad {P}..... 12 Otros (Especificar _____) -96 No sabe..... -99	[ > > G.7.0.] [ > > G.7.0.] [ > > G.6.17.] [ > > G.6.17.] [ > > G.6.17.] [ > > G.7.0.]				
G.6.15.	¿Hace cuántos años le pertenece la vivienda?  SI ES MENOS DE UN AÑO, ANOTE LOS MESES.	NO SABE .....-99  AÑOS _____ MESES _____					
G.6.16.	¿Cuánto le costó esta vivienda (coste total de la casa)?  NO SABE .....-99	MONTO (SOLES) _____					
G.6.17.	Si la vendiera hoy, ¿cuánto recibiría por ella?  NO SABE .....-99	MONTO (SOLES) _____					
G.6.18.	Por favor, ¿calcule la cantidad de dinero que podría recibir como renta, si alquilara esta vivienda a otra persona?  Semanalmente.....1 Quincenalmente.....2 Mensualmente.....3 Anualmente.....4 NO SABE .....-99	MONTO (SOLES) _____ UNIDAD DE TIEMPO: <table border="1" data-bbox="1587 1235 1850 1279"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	
1	2	3	4				



## 7. Fuentes de Agua (2 de 3)

Integrante de la familia mejor informado

G.7.4	¿Cuánto tiempo se demora en ir a [FUENTE], recoger el agua y volver?  SI LA FUENTE DE AGUA ESTÁ EN LA CASA O PATIO DE LA CASA INGRESE "0" Y SALTE A LA PREGUNTA G.7.6C	MINUTOS..... _ _ _ _ NO SABE ..... -99	
G.7.4B	¿Cuánto tiempo suele demorarse en la fuente de agua?	MINUTOS _____ NO SABE..... -99	
G.7.4C	¿Qué cosa hace en la fuente de agua además de recoger el agua?	CONVERSAR CON MIS VECINAS/AMIGOS..... 1 ESPERAR EN COLA.....2 NADA.....3 OTRO (ESPECIFICAR _____).....-96 NO SABE..... -99	
G.7.5	¿Con que frecuencia va su familia a buscar agua a [FUENTE]?	VIAJES ..... _ _ _ _ POR : DIA.....1 SEMANA..... 2 MES..... 3 NO SABE .....-99	
G.7.6	¿Qué miembro de su familia va normalmente a buscar agua a [FUENTE]?	MUJER ADULTA.....1 HOMBRE ADULTO .....2 NINA < 15 ANOS .....3 NINO < 15 ANOS.....4 OTRO (Especificar) .....-96	
G.7.6B	¿Cuánta agua trae hasta su hogar desde esta fuente de agua cada vez que va?	LITROS _____ NO SABE.....-99	

## 7. Fuentes de Agua (3 de 3)

Integrante de la familia mejor informado

G.7.6C	¿Algunas veces falta el agua en esta fuente?	NUNCA..... ALGUNAS VECES..... GENERALMENTE, VARIAS VECES EN LA SEMANA.... DIARIAMENTE, VARIAS VECES EN EL DIÁ..... NO SABE.....	1 2 3 4 -99	
G.7.7	¿Esta satisfecho con la cantidad de agua que obtiene de esa fuente?	SI ..... NO ..... NO SABE .....	1 2 -99	
G.7.7B	¿Cuánto pago inicialmente por esta fuente de agua? (conexión o construcción, mangueras, depositos para recoleccion, etc)  SI NO PAGÓ NADA, PONER "0".	MONTO EN SOLES..... NO SABE.....	-99	
G.7.8	¿Tiene que pagar algún dinero (recibo, impuestos, anualidad) por esa agua?	SI ..... NO ..... NO SABE .....	1 2 -99	>> G.8.1 >> G.8.1
G.7.9	¿Obtiene una cantidad fija o limitada de agua por ese dinero?	SI, LIMITADA / FIJA ..... NO, ILIMITADA..... NO SABE .....	1 2 -99	>> G.8.1
G.7.10	¿Cuánto paga por el agua de [FUENTE]?	CANTIDAD (soles) ..... POR : DIA..... SEMANA..... MES..... 3 MESES..... 6 MESES..... ANO ..... NO SABE.....	1 2 3 4 5 6 -99	



## 9. Instalaciones Sanitarias (1 de 4) (JC, JM)

### Integrante de la familia mejor informado

G.9.1.	<p>Que tipo de servicios higiénicos usan principalmente en su hogar?</p> <p>(o, ¿Donde suelen ir los integrantes de su familia a hacer sus necesidades?)</p> <p><b>MOSTRAR DIBUJOS</b></p>	<p>Baño con cierre hidráulico (con sifon cerrado con agua):</p> <p>A desague o sistema de alcantarillado entubado..... 1</p> <p>A tanque séptico ..... 2</p> <p>A un silo / pozo ..... 3</p> <p>A otro lugar..... 4</p> <p>No se a donde..... 5</p> <p>Baño o letrina de silo / pozo <b>con inodoro/ taza</b> ..... 13</p> <p>Baño o letrina de silo / pozo mejorada con <b>ventilación (VIP)</b> ..... 6</p> <p>Baño o letrina de silo / pozo <b>con losa</b> ..... 7</p> <p>Baño compostero..... 8</p> <p>Baño o letrina con silo / pozo <b>sin losa / de hoyo abierto</b> ..... 9</p> <p>Basin / Balde ..... 10</p> <p>Retrete colgante / Letrina colgante ..... 11</p> <p>Ninguna instalación sanitaria, al aire libre, o campo ..... 12</p> <p>Otros (Especificar, _____) -96</p>	<p>[&gt;&gt;G.9.2.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.2.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.2.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.2.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.3.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p>
G.9.1B.	Es un baño / letrina de un solo silo o de doble silo?	<p>Un silo ..... 1</p> <p>Doble silo ..... 2</p> <p>No sabe..... -99</p>	
G.9.1C.	Cuando fue la ultima vez que este baño / letrina fue vaciado o que excavo un nuevo silo / pozo?	<p>No hace mas de un mes ..... 1</p> <p>Entre 1-3 meses ..... 2</p> <p>Entre 4-6 meses..... 3</p> <p>Entre 7-12 meses..... 4</p> <p>Hace mas de 12 meses ..... 5</p> <p>Nunca, aun no hay necesidad de vacear la letrina..... 6</p> <p>Nunca, la falta de necesidad de vaceado no ha sido indicada..... 7</p> <p>No existe hoyo en la letrina..... -97</p> <p>No sabe ..... -99</p>	
G.9.2	Este baño o letrina es publico o privado?	<p>Publico..... 1</p> <p>Privado..... 2</p>	
G.9.3	Quien decidió instalar la letrina / baño?	<p>Un integrante de su hogar..... CODIGO ID _____</p> <p>Varios integrantes de su hogar ..... 101</p> <p>Ningún miembro de su hogar (familiar no residente en el hogar, amigos, miembros de comunidad, voluntarios, ONG, etc)..... 102</p> <p>Ya estaba instalada cuando se mudaron ..... 103</p> <p>Otros (Especificar _____) -96</p> <p>NO SABE..... -99</p>	<p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p> <p>[&gt;&gt;G.9.9.]</p>

## 9. Instalaciones Sanitarias (2 de 4) (JC, JM)

### Integrante de la familia mejor informado

G.9.4.	<p>Cuando instalo la letrina / baño?</p> <p>SI ES MENOS DE UN ANYO, INDICAR CUANTOS MESES; DE LO CONTRARIO INDICAR SOLO LOS ANYOS.</p>	<p>Hace _____ meses, o hace _____ años</p> <p>Menos de un mes ..... 0</p> <p>NO SABE..... -99</p>	
G.9.8.	<p>Porque decidió su familia instalar la letrina / baño? Cuales fueron las razones principales por las que su familia decidió instalar la letrina / baño?</p> <p>NO LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.</p> <p>MARQUE HASTA LAS PRIMERAS TRES RESPUESTAS DADAS.</p>	<p>POR PRIVACIDAD O MAYOR DISCRECION ..... 1</p> <p>POR SEGURIDAD..... 2</p> <p>POR CONVENIENCIA ..... 3</p> <p>POR COMFORT O MAYOR SATISFACCION ..... 4</p> <p>POR ORGULLO O PRESTIGIO ..... 5</p> <p>POR LA SALUD DE MI FAMILIA ..... 6</p> <p>POR LA SALUD DE MI COMUNIDAD ..... 7</p> <p>POR MEJOR HIGIENE O LIMPIEZA PERSONAL ..... 8</p> <p>PARA QUE NO HUELA MAL..... 9</p> <p>PARA SER UN MEJOR ANFITRION AL RECIBIR VISITAS..... 10</p> <p>PARA SER ACEPTADO COMO PARTE DE LA COMUNIDAD LOCAL... 11</p> <p>PARA EVITAR COMPARTIRLA CON OTROS..... 12</p> <p>PARA EVITAR VERGUENZA/HUMILLACION..... 13</p> <p>PARA EVITAR LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE..... 14</p> <p>PARA COLECTAR HECES COMO ESTIERCOL ..... 15</p> <p>FUE PAGADO O CONSTRUIDO POR OTROS ..... 16</p> <p>YA EXISTIA CUANDO VINIMOS A VIVIR AQUI ..... 17</p> <p>PARA QUE HAYA MENOS MOSCAS..... 18</p> <p>OTRO (ESPECIFICAR)..... -96</p>	
G.9.9.	<p>Donde se ubica esta instalación o donde hacen sus necesidades?</p>	<p>Dentro de la casa ..... 1</p> <p>En los terrenos o jardín de la casa ..... 2</p> <p>A menos de 10 minutos de caminata de la casa ..... 3</p> <p>A mas de 10 minutos de caminata de la casa..... 4</p> <p>Ningún área designada ..... 5</p> <p>Otras (Especificar)_____ ) -96</p>	
G.9.10.	<p>Comparte esta instalación con otros hogares?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	[>>G.9.12]
G.9.11.	<p>Cuántas familias utilizan esta instalación sanitaria o área ?</p>	<p>Numero de familias _____</p> <p>No sabe ..... -99</p>	

## 9 Instalaciones Sanitarias (3 de 4) (JC, JM)

Integrante de la familia mejor informado

G.9.12.	<p>En general, cuan satisfecho se siente usted con su instalación sanitaria principal?</p> <p>LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.</p> <p>MARQUE SOLO UNA RESPUESTA.</p>	<p>Muy satisfecho ..... 1</p> <p>Algo satisfecho ..... 2</p> <p>Menos que satisfecho ..... 3</p> <p>Totalmente insatisfecho ..... 4</p> <p>NO SABE ..... -99</p>	
G.9.19.	<p>Cree usted que las mujeres y las jóvenes de su hogar tienen privacidad mientras están haciendo sus necesidades ?</p> <p>PREGUNTE A UNA INTEGRANTE FEMENINA DE LA FAMILIA SI FUERE POSIBLE..</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>NO SABE..... -99</p>	
G.9.21.	<p>Hay moscas en o cerca de sus instalaciones sanitarias o el lugar donde defeca?</p>	<p>Siempre y muchas ..... 1</p> <p>Siempre y algunas ..... 2</p> <p>Algunas veces y muchas ..... 3</p> <p>Algunas veces y pocas ..... 4</p> <p>Rara vez / Casi nada ..... 5</p>	
G.9.22.	<p>Donde suelen ir las heces (cacas) de su bebe / hijo mas pequeno después de hacer sus necesidades?</p> <p>NO LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SE DEN.</p>	<p>ARBUSTOS / TIERRA..... 1</p> <p>HOYO / AGUJERO EN LA TIERRA..... 2</p> <p>DESAGUE ABIERTO ..... 3</p> <p>BAÑO / LETRINA ..... 4</p> <p>BASURA..... 5</p> <p>RIO ..... 6</p> <p>LAVABO / FREGADERO..... 7</p> <p>SE LO DAN A LOS ANIMALES ..... 8</p> <p>OTROS (ESPECIFICAR)..... -96</p>	

## 9. Instalaciones Sanitarias (4 de 4) (JC, JM)

Integrante de la familia mejor informado

Ahora voy a hacerle preguntas acerca del comportamiento en el uso de letrinas en su hogar y su comunidad. PREGUNTE A LA PERSONA QUE APARENTE TENER MAYOR CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS HOMBRES, MUJERES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE RESIDEN EN LA VIVIENDA.						
			MIEMBROS DEL HOGAR			
			Hombres	Mujeres	Niños menores de 5 años	
G.9.23.	Algun miembro de este hogar hace sus necesidades a la intemperie (afuera de la vivienda) ?	Diariamente..... De vez en cuando/Segun la estacion..... Nunca..... No sabe.....	1 2 3 -99	1 2 3 -99	1 2 3 -99	[> G.9.28]
G.9.24.	Los miembros de este hogar van siempre mas o menos al mismo lugar a hacer sus necesidades?	Si..... No ..... No sabe.....	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	
G.9.25.	Cuanto tiempo le toma llegar caminando (solo de ida) desde su vivienda hasta el lugar mas usado para hacer sus necesidades?	Minutos..... No sabe.....	_ _  -99	_ _  -99	_ _  -99	
G.9.26.	Ese lugar queda dentro del pueblo o fuera del pueblo?	Dentro del pueblo ..... Fuera del pueblo ..... No sabe.....	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	
G.9.27.	Cual es la razon principal por la cual los miembros de su hogar hacen sus necesidades a la intemperie (afuera de la vivienda)?  NO LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SE DEN	NO HAY OTRA OPCION DISPONIBLE..... PRIVACIDAD ..... SEGURIDAD ..... CONVENIENCIA ..... HABITO/RUTINA ..... PREFIERE USAR UN ARBUSTO EN LUGAR DEL BANO..... NO HAY BANOS DISPONIBLES EN EL TRABAJO..... PREFIERE NO COMPARTIR EL BANO CON SUEGROS Y/O RESTO DE LA FAMILIA..... NO SABE/NO ESTA SEGURO/A.....	1 2 3 4 5 6 7 8 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 -99	
G.9.28.	Sabe usted si hay otros hogares en su comunidad cuyos miembros defecan a la intemperie (afuera de la vivienda), a pesar de tener un indoro o letrina dentro de la vivienda?	Si, a menudo ..... Si, de vez en cuando ..... No, nunca ..... No sabe.....	1 2 3 -99	1 2 3 -99	1 2 3 -99	
G.9.29.	Usted ve a otras personas en su barrio desechar las heces de los niños en el jardín o terreno alrededor de la vivienda?	Si, a menudo ..... Si, de vez en cuando ..... No, nunca ..... No sabe.....			1 2 3 -99	

## 25B. Comportamiento del lavado de manos (1 de 2)

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

ESTA PARTE LA ENCUESTA DEBERA REALIZARSE DE MANERA INDIVIDUAL A CADA CUIDADOR. SI MAS DE UNA PERSONA ESTA PRESENTE, POR FAVOR SOLICITE A TODOS MENOS A UNO QUE SALGA A FIN DE QUE EL ENTREVISTADO TENGA PRIVACIDAD. ENTREVISTE A CADA CUIDADOR POR TURNOS.

G.25B.1 ENUMER E EL CODIGO ID DE TODOS LOS CUIDADO RES DE MENORE S DE 5 ANOS.	G.25B.2 ¿SE ENCUENTRA LA PERSONA PRESENTE, SOLA CON EL ENTREVIS- TADOR, Y CONTES- TANDO POR SÍ MISMA?  SI ..... 1  NO ..... 2 [>>SIG. PERSONA]	G.25B.3 ¿Alguna vez se lava las manos con jabón?  Sí ..... 1  No ..... 2 [>>G.25B.6]  NO SABE ..... -99 [>>G.25B.6]	G.25B.4 ¿En que momento uso jabón para lavarse las manos, la última vez que hizo?  RESPUESTA ESPONTANEA. <b>NO</b> LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.  SI "para lavarme las manos" O "para lavarle las manos a los niños" ES MENCIONADO, PROBAR EN QUE OCASIÓN FUE. PIDALE QUE SEA ESPECÍFICO.  MARQUE <b>SOLO UNA</b> RESPUESTA.  BAÑANDO AL NIÑO.....1 BAÑÁNDOSE A EL MISMO.....2 DESPUES DE IR AL BAÑO.....3 DESPUES DE CAMBIAR EL PAÑAL AL BEBE .....4 DESPUES DE LIMPIAR / BANO.....5 AL LLEGAR A LA CASA .....7 ANTES DE COCINAR /PREPAR LA COMIDA .....8 ANTES DE ALIMENTAR A LOS NIÑOS .....9 LAVANDOLE LAS MANOS A LOS NIÑOS .....10 LAVANDO LOS PLATOS.....11 LAVANDO LA ROPA.....12 PORQUE SE VEN O SE SIENTEN SUCIOS.....13 ANTES DE COMER.....14 OTRAS (ESPECIFICAR _____) -96 NO SABE..... -99 [>>G.25B.6A]	G.25B.5 ¿En que otro momento usted se ha lavado las manos con jabón desde ayer a esta misma hora?  RESPUESTA ESPONTANEA. <b>NO</b> LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.  SI "para lavarme las manos" O "para lavarle las manos a los niños" ES MENCIONADO, PROBAR EN QUE OCASIÓN FUE. PIDALE QUE SEA ESPECÍFICO.  MARQUE <b>TODAS</b> LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.  NINGUNA OTRA CIRCUNSTANCIA.....0 BAÑANDO AL NIÑO..... 1 BAÑÁNDOSE A EL MISMO.....2 DESPUES DE IR AL BAÑO.....3 DESPUES DE CAMBIAR EL PAÑAL AL BEBE.....4 DESPUES DE LIMPIAR / BANO .....5 AL LLEGAR A LA CASA .....7 ANTES DE COCINAR /PREPAR LA COMIDA .....8 ANTS DE ALIMENTAR A LOS NIÑOS.....9 LAVANDOLE LAS MANOS A LOS NIÑOS .....10 LAVANDO LOS PLATOS .....11 LAVANDO LA ROPA.....12 PORQUE SE VEN O SE SIENTEN SUCIOS.....13 ANTES DE COMER.....14 OTRAS (ESPECIFICAR _____)-96 NO SABE.....-99	G.25B.6A. ¿Cuándo cree que es necesario lavarse las manos con jabón?  NO LE AS LAS RESPUESTAS. MARQUE LAS QUE SE APLIQUE.  DESPUÉS DE IR AL BAÑO.....1 DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑA- LES AL BEBÉ.....2 ANTES DE COCINAR.....3 ANTES DE COMER.....4 ANTES DE ALIMENTAR O DAR DE LACTAR AL BEBÉ.....5 EN CUALQUIER MOMENTO...6 NO ES NECESARIO.....7 OTRO (ESPECIFICAR _____ ).....-96
	1 2	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -96
	1 2	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -96
	1 2	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -96
	1 2	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -96
	1 2	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96 -99	1 2 3 4 5 6 7 -96

## 25B. Comportamiento del lavado de manos (2 de 2)

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

ESTA PARTE LA ENCUESTA DEBERA REALIZARSE DE MANERA INDIVIDUAL A CADA CUIDADOR. SI MAS DE UNA PERSONA ESTA PRESENTE, POR FAVOR SOLICITE A TODOS MENOS A UNO QUE SALGA A FIN DE QUE EL ENTREVISTADO TENGA PRIVACIDAD. ENTREVISTE A CADA CUIDADOR POR TURNOS.

G.25B.1 ENUMERE EL CODIGO ID DE TODOS LOS CUIDADORES DE MENORES DE 5 ANOS.	G.25B.10 ¿Cual es la mejor manera de limpiarse las manos?  RESPUESTA ESPONTANEA. NO LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA.  MARQUE SOLO LA PRIMERA RESPUESTA DADA.  LIMPIARSE EN LA ROPA/MANGAS.....1 LAVARSE CON AGUA.....2 LAVARSE CON AGUA Y JABON.....3 LAVARSE CON BARRO/CENIZA.....4 NO ES IMPORTANTE.....5 OTRA (ESPECIFICAR.....)....-96  NOSABE.....-99	G.25B.6 ¿Puedo por favor ver sus manos?  SI – ACEPTÓ .....1  NO – RECHAZO .....2 [>>G.25B.10]	G.25B.7  ANOTE LA OBSERVACIÓN DE LAS UÑAS DE LAS MADRES.  <b>SOLO UNA RESPUESTA.</b>  VISIBLEMENTE SUCIO.....1 APARIENCIA SUCIA.....2 LIMPIA .....3  OTRAS (ESPECIFICAR.....)....-96  SE NEGÓ.....-98 [>>G.25B.10]  OBSERVACIÓN NO FUE POSIBLE.....-99	G.25B.8  ANOTE LA OBSERVACIÓN DE LAS PALMAS DE LAS MADRES.  <b>SOLO UNA RESPUESTA.</b>  VISIBLEMENTE SUCIO.....1 APARIENCIA SUCIA.....2 LIMPIA .....3  OTRAS ESPECIFICAR.....)....-96  SE NEGÓ.....-98 [>>G.25B.10]  OBSERVACIÓN NO FUE POSIBLE.....-99	G.25B.9  ANOTE LA OBSERVACIÓN DE LAS YEMAS DE LOS DEDOS DE LAS MADRES.  <b>SOLO UNA RESPUESTA.</b>  VISIBLEMENTE SUCIO.....1 APARIENCIA SUCIA.....2 LIMPIA .....3  OTRAS ESPECIFICAR.....)....-96  SE NEGÓ.....-98 [>>G.25B.10]  OBSERVACIÓN NO FUE POSIBLE.....-99
CODIGO CUIDAD					
		1 2	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99
		1 2	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99
		1 2	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99
		1 2	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99
		1 2	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99	1 2 3 -96 -98 -99

**25C. Costo en higiene (1 of 1) (BB/CC)**

Integrante de la familia mejor informado

G.25C.1	¿Cuánto gasta usted en promedio mensualmente en jabón para lavado de manos? SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", LLENAR -99.	MONTO MENSUAL (SOLES)		
		_____		
G.25C.2	¿Cuántas veces en el último mes ha comprador jabón para lavado de manos? LLENAR EL NÚMERO DE VECES (1, 2, ... n) SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", LLENAR -99.	____		
G.25C.3	En los últimos 12 meses, ha comprado usted una jarra, balde, batea o algún recipiente para agua destinado al lavado de manos?	Si..... No..... No sabe.....	1 2 -99	[ > Sig. Módulo ] [ > Sig. Módulo ]
G.25C.4	¿Cuánto pagó por dicha jarra, balde, batea o recipiente para el lavado de manos? SI NO PAGÓ, LLENAR "0" SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", LLENAR -99.	MONTO MENSUAL (SOLES)		
		_____		

### 30. Condicionantes de Lavado de Manos (1 de 2)

El cuidador principal **del menor de los niños menores de 5 años de edad** (el menor de los niños en el hogar, siempre y cuando todavía no haya cumplido los 5 años). (El cuidador principal es el que pasa más tiempo con el niño, generalmente es la madre.)

G.30.0 NOMBRE DEL CUIDADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ CÓDIGO ID: \_\_\_\_\_

<p>A continuación le voy a leer una lista de afirmaciones y frases sobre productos a los que usted puede o no acceder, cosas que la gente hace habitualmente, y otras creencias populares, y usted me dice si está o no de acuerdo. A medida que le lea las frases, por favor déme su opinión diciéndome si está usted:</p> <p style="text-align: center;">Totalmente en desacuerdo Desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo</p> <p><b>MOstrar LA ESCALA CON CARAS DE ACUERDO / DESACUERDO</b></p>		<p>TOTALMENTE DESACUERDO.....1 DESACUERDO.....2 DE ACUERDO .....3 TOTALMENTE DE ACUERDO.....4  NO SABE.....-99</p>
G.30.1	Conoce algún lugar donde pueda comprar jabón	1 2 3 4 -99
G.30.2	Siempre hay la suficiente agua en su casa para lavarse las manos cuando lo necesita	1 2 3 4 -99
G.30.3	Puede comprar jabón cuando usted decida sin preguntarle a nadie más	1 2 3 4 -99
G.30.4	El agua y el jabón están siempre disponibles en su casa para lavarse las manos después de ir al baño	1 2 3 4 -99
G.30.5	Siempre consigue jabón cuando necesita usarlo	1 2 3 4 -99
G.30.6	El agua y el jabón siempre están disponibles para lavarse las manos antes de comer	1 2 3 4 -99
G.30.7	Algunas veces quiere lavarse las manos pero ni el jabón ni el agua están disponibles cuando los necesita	1 2 3 4 -99
G.30.8	La mayoría de las personas que conoce se lava las manos sólo con agua	1 2 3 4 -99
G.30.9	La mayoría de personas que usted conoce sólo se lava las manos con jabón después de ir al baño	1 2 3 4 -99
G.30.10	El agua y jabón están disponibles para lavarse las manos después de ir al baño en la mayoría de hogares de su comunidad	1 2 3 4 -99
G.30.11	Es muy importante que todas las madres se aseguren de lavarse las manos con jabón antes de preparar la comida	1 2 3 4 -99
G.30.12	Las personas que no se lavan las manos con jabón merecen ser criticadas	1 2 3 4 -99
G.30.13	Es más probable que las personas con buena educación se laven las manos con jabón	1 2 3 4 -99
G.30.14	Es más probable que las personas con mayor nivel social se laven las manos con jabón	1 2 3 4 -99
G.30.15	Yo criticaría a una madre que no se lava las manos antes de alimentar a su bebé	1 2 3 4 -99
G.30.16	Ya que el lavado de manos con jabón es natural, usted no necesita que le enseñen a hacerlo	1 2 3 4 -99
G.30.17	La información sobre la importancia de lavarse las manos con jabón nunca le ha sido brindada	1 2 3 4 -99
G.30.18	Es importante enseñarle a los niños a lavarse las manos con jabón	1 2 3 4 -99

### 30. Condicionantes de Lavado de Manos (2 de 2)

El cuidador principal **del mayor de los niños menores de 5 años de edad** (el mayor de los niños en el hogar, siempre y cuando todavía no haya cumplido los 5 años). (El cuidador principal es el que pasa más tiempo con el niño, generalmente es la madre.)

CONTINUE LEYENDO LAS AFIRMACIONES Y FRASES USANDO LA MISMA TARJETA		TOTAL DESACUERDO .....1				
		DESACUERDO.....2				
		DE ACUERDO .....3				
		TOTALMENTE DE ACUERDO.....4				
		NO SABE.....-99				
<b>MOSTRAR LA ESCALA CON CARAS DE ACUERDO / DESACUERDO</b>						
G.30.19	Es el trabajo de una madre asegurarse que sus hijos se laven las manos apropiadamente	1	2	3	4	-99
G.30.20	Alguien en su hogar lo criticaría si lo viese lavándose las manos con jabón demasiado	1	2	3	4	-99
G.30.21	Si un niño no quiere lavarse las manos entonces no hay nada que pueda hacerse al respecto	1	2	3	4	-99
G.30.22	La escuela promueve el lavado de manos entre los niños	1	2	3	4	-99
G.30.23	Si te lavas las manos muy bien con agua no necesitas usar el jabón	1	2	3	4	-99
G.30.24	Tú sólo necesitas lavarte las manos con jabón si se ven sucias o huelen mal	1	2	3	4	-99
G.30.25	Lavarse las manos con jabón antes de alimentar a los niños es importante sólo si usas las manos para alimentarlos	1	2	3	4	-99
G.30.26	Lavarse las manos aumenta el uso de agua en un hogar que podría ser usada para otros propósitos	1	2	3	4	-99
G.30.27	No necesitas lavarte las manos con jabón si tú sabes que no has tocado nada sucio	1	2	3	4	-99
G.30.28	Si te lavas las manos varias veces con agua no necesitas usar jabón	1	2	3	4	-99
G.30.29	Vale la pena tomar algunos segundos extras para usar jabón cuando uno se lava las manos	1	2	3	4	-99
P.30.30	Es importante trabajar conjuntamente con el profesor para promover cambios en el niño, como el lavado de manos.	1	2	3	4	-99
P.30.31	Es importante asistir a las sesiones de escuela para padres y actividades de la escuela.	1	2	3	4	-99
P.30.32	Es responsabilidad de los padres enviar jabón a la escuela para el lavado de manos.	1	2	3	4	-99
P.30.33	Es necesario colocar el jabón en las zonas de lavado de manos (cocina, baño/letrina).	1	2	3	4	-99
P.30.34	Si el jabón se coloca cerca del baño los niños se lavarían más las manos.	1	2	3	4	-99
P.30.35	El lavado de manos puede ser con jabón en barra, jabón de tocador, o detergente.	1	2	3	4	-99
P.30.36	Es agradable lavarse las manos con detergente.	1	2	3	4	-99
P.30.37	Los padres deben enterarse lo que sus hijos aprendieron en la escuela.	1	2	3	4	-99
P.30.38	Los hermanos mayores pueden enseñar a los niños pequeños a lavarse las manos.	1	2	3	4	-99

EL ENTREVISTADOR DEBE PODER SACAR ESTA TABLA PARA ENSEÑARSELA AL CUIDADOR

Tabla a usar con las preguntas sobre Condicionantes de Lavado de Manos:

EL CUIDADOR PUEDE SENALAR UN CUADRO DE LA TABLA O RESPONDER DICHIENDO SI ESTA EN TOTAL DESACUERDO, EN DESACUERDO, DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO.

1	2	3	4
 Totalmente en desacuerdo	 En desacuerdo	 De acuerdo	 Totalmente de acuerdo

## 16. Percepciones de enfermedades (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).

REFERIRSE A LA LISTA G.14.0 Y LISTAR LOS CÓDIGOS ID Y NOMBRES DE TODOS LAS CUIDADORAS LISTADAS EN LAS COLUMNAS CG5A Y CG5B. 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	CUIDADOR	CUIDADOR
			NOMBRE _____ CODIGO ID _____	NOMBRE _____ CODIGO ID _____	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.	G1. Comer comida pasada ..... G2. Comer comida de los vendedores ambulantes ..... G3. Comer comida donde se hayan parado las moscas ..... G4. Comida sucia/maloliente ..... G5. Beber agua sucia ..... G6. Usar letrinas sucias/defecar al aire libre ..... G7. No lavarse las manos con agua ..... G8. No lavarse las manos con agua y jabón..... G9. Mal tiempo/cambio de clima..... G10. Exposición al sol ..... G11. Dentición/nueva dentadura ..... G12. Algunos tipos de vacuna ..... G13. Hogar sucio ..... G14. Vecindario/pueblo sucio.....	<b>Sí No NS</b> 1 2 -99 1 2 -99	<b>Sí No NS</b> 1 2 -99 1 2 -99	<b>Sí No NS</b> 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



## 18. Exposición al Programa (1 de 3) (OH/YC)

El cuidador principal **del menor de los niños menores de 5 años de edad** (el menor de los niños en el hogar, siempre y cuando todavía no haya cumplido los 5 años). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

G.18.0 NOMBRE DEL CUIDADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ CÓDIGO ID: \_\_\_\_\_

G.18.1	En los últimos 12 meses, ¿ha escuchado, visto o leído algo sobre lavado de manos con jabón?	SI ..... NO ..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>sig.módulo] [>>sig.módulo]
<b>Preguntas de exposición a través de medios masivos (radio, impresos)</b>				
G.18.6	En los últimos 12 meses, ¿recuerda haber visto algún afiche, poster, volante u otro material impreso sobre lavado de manos con jabón?	SI ..... NO ..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>G.18.10.] [>>G.18.10.]
G.18.7	¿Dónde vio usted dicho afiche, poster, volante u otro material impreso?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	EN CASA ..... EN EL MERCADO..... EN EL COLEGIO..... EN EL CENTRO DE SALUD O POSTA..... EN ALGÚN LUGAR PÚBLICO DE REUNIÓN.... OTRO (ESPECIFICAR _____) NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	
G.18.8	¿Podría decirme qué recuerda haber leído en dicho afiche, poster, volante u otro material impreso?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	Momentos para lavarse las manos..... Poder del jabón para eliminar gérmenes..... Lavarse las manos justo antes de comer o cocinar... Lavarse las manos justo después de ir al baño..... Importancia de tener jabón en el lugar de lavado..... Otro (especificar _____) NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	
G.18.9	¿Con qué frecuencia recuerda haber visto dicho afiche, poster, volante u otro material impreso?  (LEA LAS OPCIONES EN VOZ ALTA Y CIRCULE SOLO UNA OPCIÓN)	MUY FRECUENTEMENTE..... OCASIONALMENTE..... RARA VEZ..... NO SABE .....	1 2 3 -99	

## 18. Exposición al Programa (2 de 3) (OH/YC)

El cuidador principal **del menor de los niños menores de 5 años de edad** (el menor de los niños en el hogar, siempre y cuando todavía no haya cumplido los 5 años). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

G.18.10	En los últimos 12 meses, ¿ha escuchado usted radio?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>G.18.14.] [>>G.18.14.]
G.18.11	En el último mes, ¿recuerda haber escuchado algún aviso radial sobre lavado de manos con jabón?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>G.18.14.] [>>G.18.14.]
G.18.12	¿Podría decirme qué recuerda haber escuchado?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	DESCRIBE/CANTA UNA MELODÍA/CANCIÓN..... REPITE EL SLOGAN: MANOS LIMPIAS, NIÑOS SANOS... OTRO MENSAJE DE LA CAMPAÑA ILM..... OTRO (ESPECIFICAR.....). NO SABE.....	1 2 3 -96 -99	
G.18.13	¿Con qué frecuencia recuerda haber escuchado dicho aviso radial? (LEA LAS OPCIONES EN VOZ ALTA Y CIRCULE SOLO UNA OPCIÓN)	MUY FRECUENTEMENTE..... OCASIONALMENTE..... RARA VEZ..... NO SABE.....	1 2 3 -99	
<b>Preguntas de exposición a través de comucacion interpersonal (IPC)</b>				
G.18.14	En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha hablado directamente sobre el lavado de manos con jabón?	SI..... NO..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>G.18.17.] [>>G.18.17.]
G.18.15	¿Quién de las siguientes personas le ha conversado/hablado sobre lavado de manos con jabón?  (LEA LAS OPCIONES EN VOZ ALTA Y MARQUE LAS QUE SE APLIQUE)	DOCENTE..... PROMOTOR/PERSONAL DE SALUD..... VECINO/A..... CAPACITADOR..... PERSONAL DE PROGRAMA JUNTOS..... OTRO (ESPECIFICAR.....). NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	
G.18.16	¿Sobre qué conversaron?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	Momentos para lavarse las manos..... Poder del jabón para eliminar gérmenes..... Lavarse las manos justo antes de comer o cocinar..... Lavarse las manos justo después de ir al baño..... Importancia de tener jabón en el lugar de lavado..... OTRO (ESPECIFICAR.....). NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	

### 18. Exposición al Programa (3 de 3) (OH/YC)

El cuidador principal **del menor de los niños menores de 5 años de edad** (el menor de los niños en el hogar, siempre y cuando todavía no haya cumplido los 5 años). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

Preguntas de exposición a través de eventos directos para el consumidor (DCC)				
G.18.17	En los últimos 12 meses, ¿ha participado usted de algún evento comunitario donde se mencionó el lavado de manos con jabón?	SI..... NO ..... NO SABE.....	1 2 -99	[>>Sig.módulo] [>>Sig.módulo]
G.18.18	¿Dónde se realizó dicho evento?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	ESCUELA..... CENTRO DE SALUD..... PLAZA CENTRAL..... LOCAL COMUNAL..... CALLES O PARQUE..... OTRO (ESPECIFICAR.....) NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	
G.18.19	¿Qué temas se tocaron en dicho evento?  (NO LEER LAS OPCIONES – MARCAR LAS QUE SE APLIQUE)	Momentos para lavarse las manos..... Poder del jabón para eliminar gérmenes..... Lavarse las manos justo antes de comer o cocinar..... Lavarse las manos justo después de ir al baño..... Importancia de tener jabón en el lugar de lavado..... OTRO (ESPECIFICAR.....) NO SABE.....	1 2 3 4 5 -96 -99	

## 21. Lactancia (1 de 1)

CADA cuidador principal de niños **menores de 2 años de edad** (antes del 2º cumpleaños). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

G.21.1 ENUMERE EL CODIGO ID DE TODOS LOS MENORES DE 2 ANOS (CODIGOS CG2C Y CG2D DE LAS LISTA G.21.0)	G.21.4. ¿Alguna vez fue [NIÑO] amamanta do?	G.21.5. Después de nacido, ¿cuándo fue la primera vez que [NIÑO] fue amamantado?  SI FUE MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00" HORAS.  SI FUE MAS DE 24 HORAS, ANOTE EL NUMERO DE DIAS.		G.21.6. ¿Todavía está [NIÑO] siendo amamanta do?	G.21.7. ¿Por cuántos meses fue [NIÑO] amamanta do?	G.21.9. Durante los primeros 3 días después del parto, ¿le dio la madre de [NIÑO] el primer líquido que salio de sus senos?  (ESTO ES CALOSTRO O ANTES QUE LA LECHE INGRESE.)	G.21.10. Durante los primeros 3 días después del parto, ¿ [NIÑO] fue alimentado con algún otro líquido que no sea leche materna?	G.21.11. Durante los primeros 3 días después del parto, ¿con qué líquidos [NIÑO] fue alimentado?  ¿Algo más?  NO LEER LA LISTA.  ANOTE LO MENCIONADO PONIENDO UN CIRCULO EN EL NUMERO DE LAS ALTERNATIVAS.  (AGUA DE ANIS ES UN REMEDIO CASERO PARA BEBÉS CON COLICO DE GASES, DOLOR DE DIENTES U OTROS DOLORES ESTOMACALES.)  LECHE EN FORMULA..... 1 LECHE (DIFERENTE DE LA MATERNA)..... 2 AGUA PURA..... 3 AGUA CON AZUCAR O GLUCOSA..... 4 AGUA DE ANIS..... 5 AGUA CON SAL O AZUCAR..... 6 JUGO DE FRUTAS..... 7 TE/INFUSIONES..... 8 MIEL..... 9 OTRO (ESPECIFICAR .....) ..... -96	G.21.12. ¿En qué mes le comenzó a dar a [NIÑO] comida sólida o semi-sólida?  USAR TERMINOS LOCALES DE ALIMENTOS SEMI- SÓLIDOS. INCLUIR ALIMENTOS MACHACADOS O HECHOS PURE, PAPILLAS. CALDO ESPESO, GUIOSOS, ETC. Y ALIMENTOS SÓLIDOS COMO PLATANOS, MANGOS, PAPAS, PAN.  SI ES MENOS DE UN MES, ANOTAR "00" HORAS.  SI NUNCA LE HAN DADO COMIDA SÓLIDA O SEMI- SÓLIDA, ANOTE -97.	G.21.13. ¿[NIÑO] tomó algo en biberón (aunque sea leche de la madre) ayer o anoche?
	Sí..... 1  No..... 2 [>> G.21.9.]  NO SABE ..... -99 [>> G.21.9.]	Horas ..... 1 Días ..... 2		Sí..... 1 [>> G.21.9.]  No..... 2  NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	Sí..... 1  No..... 2  NO SABE ..... -99	Sí..... 1  No..... 2 [>> G.21.12.]  NO SABE ..... -99 [>> G.21.12.]			Sí..... 1  No..... 2  NO SABE ..... -99
CODIGO NIÑO		NÚMERO	UNID AD		MESES				MESES	
	1 2 -99	_ _	1 2	1 2 -99	_ _	1 2 -99	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96	_ _	1 2 -99
	1 2 -99	_ _	1 2	1 2 -99	_ _	1 2 -99	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96	_ _	1 2 -99
	1 2 -99	_ _	1 2	1 2 -99	_ _	1 2 -99	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96	_ _	1 2 -99
	1 2 -99	_ _	1 2	1 2 -99	_ _	1 2 -99	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 96	_ _	1 2 -99
	1 2 -99	_ _	1 2	1 2 -99	_ _	1 2 -99	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96	_ _	1 2 -99

## 22. Alimentación del Bebé/Niño Pequeño (1 de 3)

CADA cuidador principal de niños **menores de 2 años de edad** (antes del 2º cumpleaños). (El cuidador principal es la persona con la que el niño pasa más tiempo. Por lo general es la madre).

G.22.1 ENUMERE EL CODIGO ID DE TODOS LOS MENORES DE 2 ANOS (CODIGOS CG2C Y CG2D DE LAS LISTA G.21.0)	G.22.2. Ahora me gustaría preguntarle sobre los líquidos que el [NIÑO] tomó ayer, durante el día o la noche.  ¿Ayer, tomó [NIÑO] ...?:  LEER EN VOZ ALTA CADA RESPUESTA.  ANOTE TODOS LOS "SI" PONIENDO UN CÍRCULO EN CADA CÓDIGO CORRESPONDIENTE A LO QUE EL [NIÑO] TOMÓ AYER.  Leche materna ..... 1 Agua ..... 2 Leche para bebés producida comercialmente (Formula, leche Nestle, Nan)..... 3 Comida para bebés o papillas envasadas (Cerelac, Cerevita, Papillas)?..... 4 Cualquier otra papilla (casera, no envasada)?..... 5 Leche en lata, en polvo, o fresca?..... 6 Juego de frutas ..... 7 Té o café (bebidas con cafeína)..... 8  ¿Algún otro líquido? (ESPECIFICAR .....-96 ..... .....)  ESPECIFIQUE CUALQUIER OTRO LIQUIDO QUE NO SE HAYA LISTADO ARRIBA.	G.22.3. ¿Ayer, comió [NIÑO] alguna comida sólida o semi-sólida ayer, durante el día o la noche?  USAR TERMINOS LOCALES DE ALIMENTOS SEMI-SÓLIDOS. INCLUIR ALIMENTOS MACHACADOS O HECHOS PURE, PAPILLAS. CALDO ESPESO, GUIOS, ETC. Y ALIMENTOS SÓLIDOS COMO PLATANOS, MANGOS, PAPAS, PAN.  Sí..... 1 No..... 2 [>>G.22.34.]  NO SABE.....-99 [>>G.22.34.]	G.22.3B ¿Ayer, cuántas veces comió [NIÑO] alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?  QUEREMOS SABER CUANTAS VECES EL NIÑO COMIO LO SUFICIENTE COMO PARA SENTIRSE LLENO. NO DEBERAN CONTARSE LOS REFRIGERIOS O PEQUEÑAS CANTIDADES DE ALIMENTOS TALES COMO UNO O DOS BOCADOS DE LA COMIDA DE SU MADRE O HERMANOS.  LOS LIQUIDOS NO CUENTAN PARA ESTA PREGUNTA. NO INCLUYA SOPAS AGUADAS O CALDO, GACHAS AGUADAS, O CUALQUIER OTRO LÍQUIDO.	G.22.4. Ayer, ¿comió [NIÑO] algún alimento hecho a base de cereal?  (CEREAL INCLUYE MIJO, SORGO, MAIZ, ARROZ, TRIGO, CEBADA, QUINUA, KIWICHA O ALGÚN OTRO CEREAL DEL LUGAR. COMIENZA CON COMIDA DEL LUGAR, LUEGO, SIGUE CON ARROZ, TRIGO, FIDEOS, ETC).  Sí. .... 1 No..... 2  NO SABE.....-99	G.22.5. Ayer, ¿comió [NIÑO] alimentos con calabaza, zanahoria, zapallo, camotes, papaya, mango, melón, acelga, espinaca?  (INCLUYA SOLO TUBERCULOS Y VEGETALES ROJOS, NARANJAS Y AMARILLOS RICOS EN VITAMINA A Y VERDURAS DE HOJA VERDE OSCURO).  Sí..... 1 No..... 2  NO SABE... -99	G.22.6. Ayer, ¿comió [NIÑO] papas blancas, mandioca, yuca, betarraga, cebolla, nabo, o alguna otra comida hecha con raíces?  Sí..... 1 No..... 2  NO SABE ... -99
CODIGO NIÑO	MARQUE TODOS LOS "SI"		MARQUE EL NUMERO DE VECES			
	1 2 3 4 5 6 7 8 -96	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
	1 2 3 4 5 6 7 8 -96	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
	1 2 3 4 5 6 7 8 -96	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
	1 2 3 4 5 6 7 8 -96	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99
	1 2 3 4 5 6 7 8 -96	1 2 -99	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99

## 22. Alimentación del Bebé/Niño Pequeño (2 de 3)

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

G.22.1				G.22.10.	G.22.11.	G.22.15.	G.22.17.	G.22.21.
REFERIRSE A LA LISTA G.21.0 Y LISTAR LOS CODIGOS ID Y NOMBRES DEL CUIDADOR PRINCIPAL LISTADO EN LAS COLUMNAS CG2A Y CG2B. LUEGO LISTE LOS CODIGOS Y NOMBRES DE LOS NIÑOS A CARGO DE ESTA PERSONA DE CG2C Y CG2D. CONTINUE DE ESTA MANERA PARA CADA CUIDADOR Y SUS NIÑOS HASTA QUE TODOS LOS CUIDADORES Y NIÑOS ESTÉN LISTADOS ABAJO.				<b>Ayer, [NIÑO] comió:</b>				¿Come [NINO] por sí solo, con cubiertos o con las manos?
				¿Alguna otra fruta o vegetal?	¿Alguna carne, pollo, cuy, charqui, chalona, pescado, huevos, queso, yogurt?	Cualquier alimento hecho de frijoles, arvejas, lentejas o nueces? (Incluido productos de soya como leche, o tofu)	Algún aceite, grasa, mantequilla o alimentos hechos con cualquiera de estos productos?	
CODIGO ID	NOMBRE CUIDADOR	CODIGO NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO	Si..... 1 No..... 2 NO SABE ..... -99	Si..... 1 No..... 2 NO SABE.... -99	Si..... 1 No..... 2 NO SABE..... -99	Si..... 1 No..... 2 NO SABE .... -99	Si..... 1 No..... 2 NO SABE.....-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

## 22. Alimentación del Bebé/Niño Pequeño (3 de 3)

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

G.22.1				G.22.24.	G.22.34.	G.22.35.	G.22.36.	G.22.37.
REFERIRSE A LA LISTA G.21.0 Y LISTAR LOS CODIGOS ID Y NOMBRES DEL CUIDADOR PRINCIPAL LISTADO EN LAS COLUMNAS CG2A Y CG2B. LUEGO LISTE LOS CODIGOS Y NOMBRES DE LOS NIÑOS A CARGO DE ESTA PERSONA DE CG2C Y CG2D. CONTINUE DE ESTA MANERA PARA CADA CUIDADOR Y SUS NIÑOS HASTA QUE TODOS LOS CUIDADORES Y NIÑOS ESTÉN LISTADOS ABAJO.				<b>SOLO EN SELVA:</b> ¿Ayer durante el día o la noche, comió [NIÑO]:  Gorgojos, caracoles, insectos u otro alimento pequeño con proteína?  Sí..... 1 No..... 2 NO SABE... -99	¿En los últimos siete días, tomo [NIÑO] pastillas o jarabe con hierro?  Sí..... 1 No..... 2 NO SABE .. -99	¿Ha tomado [NIÑO] alguna medicina para lombrices intestinales en los últimos 6 meses?  Sí..... 1 No.....2 NO SABE . -99	¿Ha recibido [NIÑO] alguna vez una dosis de vitamina A ?  Sí..... 1 No..... 2 NO SABE . -99 [>>G.24.1.] [>>G.24.1.]	¿Recibió de usted o del centro de salud [NIÑO] una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses?  Sí..... 1 No..... 2 NO SABE.. -99
CODIGO ID	NOMBRE CUIDADOR	CODIGO 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

## 24. Apoyo para el Aprendizaje/Crear un Entorno Estimulante (1 de 1)

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

Estoy interesado en saber con qué cosas juega [NIÑO] cuando está en casa. Por favor dígame si [NIÑO] juega con algunas de estas cosas:				G.24.4. Objetos del hogar tales como lápices, cuencos, platos, ollas, cucharas, tazas...	G.24.5. Juguetes comprados en una tienda o que se hayan recibidos como regalo.	G.24.6 ¿Cuántos cuentos de niños o libros de dibujos tiene [NIÑO]?	G.24.7 ¿Atiende [NIÑO] a alguna guardería, o centro infantil?	G.24.10.	G.24.12.	G.24.14.	G.24.18.	G.24.20.	G.24.22.			
				<b>En los tres últimos días usted o cualquier persona del hogar mayor de 15 años...</b>												
				Le leyó libros o miró libros con [NIÑO]?	le contó cuentos a [NIÑO]?	Le cantó canciones a [NIÑO]?	Lo sacó a [NIÑO] fuera de la casa, patio o recinto?	jugó con [NIÑO]?	pasó tiempo con [NIÑO], contando, dibujando, o identificand o cosas?							
				(NO CON UN LIBRO)	(PARA VISITAR A UN VECINO, IR A LA TIENDA O LA CLINICA)	(NO CON UN LIBRO)										
				(PUEDE INCLUIR ALBUMES DE FOTOS, PERO NO REVISTAS)												
				Sí.....1	Sí.....1	1 1 1	Sí..... 1	Sí.....1	Sí.....1	Sí..... 1	Sí.....1	Sí.....1	Sí.....1	Sí.....1		
				No.....2	No.....2	SI ES NINGUNO ENTRE 00.	No..... 2	No.....2	No..... 2	No.....2	No..... 2	No.....2	No..... 2	No..... 2		
				NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99		NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99	NO SABE ..... -99		
CODIGO ID	NOMBRE CUIDADOR	CODIGO NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO													
				1 2 -99	1 2 -99	1 1 1	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 1 1	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 1 1	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 1 1	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 1 1	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99	1 2 -99		

### 31. Mortalidad (1 de 1)

El integrante del hogar mejor informado.

<p>G.31.1. ¿Ha habido alguna muerte de un adulto, niño, bebé viviendo en esta casa durante <b>el año pasado</b> (en los últimos 365 días)?</p> <p style="text-align: center;">SI "NO" ES ASI, PREGUNTE: ¿Nació algún bebe mostrando signos de vida (lloró), pero solo sobrevivió unas pocas horas o días?</p> <p style="text-align: right;">Sí..... 1          No..... 2          No sabe..... -99</p>		<p><b>[&gt;&gt;siguiente modulo]</b>  <b>[&gt;&gt;siguiente modulo]</b></p>
--	--	---

COMPLETAR UNA FILA POR CADA MUERTE EN LA FAMILIA EL AÑO PASADO.

G.31.2.	G.31.3	G.31.3A	G.31.4.	G.31.5.
¿Cuál era el género de la persona fallecida?  Masculino.....1 Femenino.....2	¿Qué edad tenía la persona fallecida?  Días.....1 Meses.....2 Años.....3	SI LA PERSONA ES <5 AÑOS, COPIAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRINCIPAL.  SI EL CUIDADOR PRINCIPAL NO FORMA PARTE DE LA LISTA, REGRESE A LA G 1.1 E INGRESE LA INFORMACION DEL CUIDADOR EN LA LISTA.	¿Cuál fue la causa de la muerte?  Vejez.....1 Accidente o trauma físico.....2 Diarrea.....3 Neumonía / ARI (Infección respiratoria aguda) .....4 Relacionado al nacimiento.....5 Malaria.....6 TBC (Tuberculosis).....7 Otras enfermedades agudas.....8 Otras enfermedades crónicas.....9  Otras (Especificar:.....)..... -96 No sabe ..... -99	¿Cuál fue el parentesco del fallecido con el actual jefe de familia de la casa?  Esposa/esposo..... 2 Hijo/ hijo adoptivo..... 3 Nieto..... 4 Sobrino / sobrina..... 5 Padre/ madre..... 6 Hermana/hermano..... 7 Yerno/nuera..... 8 Cuñado/cuñada..... 9 Abuelo/abuela..... 10 Suegro/suegra..... 11 Empleada domestica residente..... 12 Cuidador residente..... 13 Cuidador no residente..... 14  Otra (Especificar:.....).....-96
	EDAD	CODIGO ID CUIDADOR		
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96
1 2		1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 -96 -99	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 -96

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

Observación directa del entrevistador

G.10.1.	Estamos interesados en los tipos de vivienda que la gente tiene en la comunidad. ¿Podría mostrarme su casa?	SI.....1 NO....2	<p>No hay problema. Gracias.</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 (2 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>

## 11. Observaciones del Almacenamiento de Alimentos (1 de 1)

Observación directa del entrevistador

<p>G.11.1.</p>	<p>¿HAY BASURA EN LA COCINA O CASA ?</p> <p>(ANOTAR SI HAY BASURA O DESPERDICIOS POR LA CASA Y EL SUELO, NO SI HAY UN TACHO PARA LA BASURA)</p> <p> SÓLO PARA OBSERVACION</p>	<p>SI ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO PUEDO DISTINGUIR ..... -99</p>		
<p>G.11.2.</p>	<p>¿ESTÁN CUBIERTOS LOS ALIMENTOS?</p> <p> SOLO PARA OBSERVACION</p>	<p>SI, TOTALMENTE CUBIERTOS..... 1</p> <p>SI, PARCIALMENTE CUBIERTOS..... 2</p> <p>NO ..... 3</p> <p>NO PUEDE DISTINGUIR ..... -99</p>		

## 12B. Observaciones del recinto para el Lavado De Manos (1 de 4)

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?	Sí ..... No ..... NO SABE .....	1 2 - 99	[>> G.12B.7] [>> G.12B.7]
G.12B.2	Por favor, muéstreme dónde usted o alguien de su familia se lavan las manos, después de ir al baño.   ANOTAR LA OBSERVACION DEL RECINTO PARA LAVADO DE MANOS.  SOLO UNA RESPUESTA	DENTRO DEL BAÑO..... DENTRO DE COCINA/ AMBIENTE DE COCINA ..... PATIO (A MENOS DE UN METRO DEL BAÑO) ..... (ENTRE UN METRO Y TRES METROS DEL BAÑO) ..... (MAS DE 3 METROS DEL BAÑO.....) NINGUN LUGAR ESPECIFICO..... FUERA DEL HOGAR (FUERA DE LA CASA Y DEL PATIO ) NEGATIVA – SIN PERMISO PARA VER.....	1 2 3 4 5 6 -97 - 98	[>> G.12B.7] [>> G.12B.7] [>> G.12B.7]
G.12B.3	 ANOTAR OBSERVACIONES DEL LAVADERO/ LAVATORIO.  SOLO UNA RESPUESTA	CAÑO/ GRIFO ..... JARRA O BOTELLA COLGANTE (u otro mecanismo similar para que corra el agua) ..... BALDE/ BATEA ..... RECIPIENTE DESDE DONDE SE ECHA AGUA ..... OTROS (ESPECIFICAR _____) ..... OBSERVACION NO POSIBLE .....	1 2 3 4 -96 - 99	
G.12B.4	 ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO AGUA EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS. SOLO UNA RESPUESTA	SÍ - HAY AGUA DISPONIBLE ..... NO - NO HAY AGUA DISPONIBLE ..... OBSERVACION NO POSIBLE .....	1 2 - 99	
G.12B.5	 ANOTAR OBSERVACION DE SI HAY O NO JABON EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE OBSERVE. MARQUE RESPUESTA 7 O -99 SÓLO SI NO SE OBSERVA NINGÚN TIPO DE JABÓN/DETERGENTE.	JABON MULTIUSOS ..... BELLEZA/ JABON PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE ..... JABÓN LÍQUIDO..... AGUA JABONOSA..... OTROS (ESPECIFICAR _____)..... NO SE OBSERVO JABON ..... OBSERVACION NO POSIBLE .....	1 2 3 4 5 -96 7 - 99	
G.12B.5B	SI SE OBSERVA JABÓN EN LA ESTACIÓN DE LAVADO DE MANOS, PREGUNTE A LA PERSONA PARA QUÉ SUELEN USAR EL JABÓN, SI OBSERVA MÁS DE UN JABÓN EN EL RECINTO, PREGUNTE PARA CADA JABÓN.  MARQUE LAS QUE SE APLIQUE.	LAVANDERÍA / LAVAR ROPA..... LAVAR PLATOS..... LAVARSE EL CUERPO / CARA / CABEZA..... LAVADO DE MANOS..... LIMPIAR LA CASA (PISOS, SUPERFICIES)..... OTROS (ESPECIFICAR_____).	1 2 3 4 5 -96	

## 12B. Observaciones del recinto para el Lavado De Manos (2 de 4)

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. REPASE LA LISTA HACIA ABAJO Y MARQUE LA PRIMERA RESPUESTA QUE SE APLIQUE.  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.	USAN DISTINTOS LUGARES ..... USAN EL 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. MARQUE RESPUESTA 7 O -99 SÓLO SI NO SE OBSERVA NINGÚN TIPO DE JABÓN/DETERGENTE.	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	
G.12B.12B	SI SE OBSERVA JABÓN EN LA ESTACIÓN DE LAVADO DE MANOS, PREGUNTE A LA PERSONA PARA QUÉ SUELEN USAR EL JABÓN, SI OBSERVA MÁS DE UN JABÓN EN EL RECINTO, PREGUNTE PARA CADA JABÓN.  MARQUE LAS QUE SE APLIQUE.	LAVANDERÍA / LAVAR ROPA..... LAVAR PLATOS..... LAVARSE EL CUERPO / CARA / CABEZA..... LAVADO DE MANOS..... LIMPIAR LA CASA (PISOS, SUPERFICIES)..... OTROS (ESPECIFICAR.....)	1 2 3 4 5 -96	

## 12B. Observaciones del recinto para el Lavado de Manos (3 de 4)

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

G.12B.14	Además de estos lugares que acaba de mostrarme, ¿tienen algún otro lugar en dónde usted o alguien de su familia, suele lavarse las manos?  ESTE LUGAR DEBE SER DIFERENTE A LOS LUGARES MOSTRADOS EN LAS PREGUNTAS Q.12B.2 Y Q12B.8.	SI..... NO ..... NO SABE .....	1 2 - 99	[> G.12B.20] [> G.12B.20]
G.12B.15	Por favor, muéstreme ese otro lugar en dónde usted o alguien de su familia, suele lavarse las manos.  ☞ ANOTAR OBSERVACION DEL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.  REPASE LA LISTA HACIA ABAJO Y MARQUE LA PRIMERA RESPUESTA QUE SE APLIQUE.  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.20] [> G.12B.20]
G.12B.16	☞ 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.17	☞ 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.18	☞ ANOTAR OBSERVACION SI ES QUE HAY JABON DISPONIBLE EN EL RECINTO DEL LAVADO DE MANOS.  MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE OBSERVE. MARQUE RESPUESTA 7 O -99 SÓLO SI NO SE OBSERVA NINGÚN TIPO DE JABÓN/DETERGENTE.	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	
G.12B.18B	SI SE OBSERVA JABÓN EN LA ESTACIÓN DE LAVADO DE MANOS, PREGUNTE A LA PERSONA PARA QUÉ SUELEN USAR EL JABÓN, SI OBSERVA MÁS DE UN JABÓN EN EL RECINTO, PREGUNTE PARA CADA JABÓN.  MARQUE LAS QUE SE APLIQUE.	LAVANDERÍA / LAVAR ROPA..... LAVAR PLATOS..... LAVARSE EL CUERPO / CARA / CABEZA..... LAVADO DE MANOS..... LIMPIAR LA CASA (PISOS, SUPERFICIES)..... OTROS (ESPECIFICAR _____).....	1 2 3 4 5 -96	

## 12B. Observaciones del recinto para el Lavado de Manos (4 de 4)

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

G.12B.20	<p>De los lugares que me ha mostrado, ¿cuál es el lugar o recinto que usted y su familia utilizan más para el lavado de manos?</p> <p>SI SÓLO TIENEN UN LUGAR PARA LAVADO DE MANOS, MARQUE LA PRIMERA OPCIÓN QUE SE APLIQUE.</p>	<p>Recinto para lavarse las manos después del baño (G.12B.2)..... 1                  Recinto para lavarse las manos antes de cocinar (G.12B.8)..... 2                  Otro lugar para lavado de manos (G.12B.15)..... 3                  No tienen un lugar específico que se use más..... 4                  No sabe..... -99</p>	
G.12B.21	<p>SI HAY <b>UN SÓLO LUGAR</b> PARA LAVADO DE MANOS, QUÉDESE EN ESE LUGAR.</p> <p>SI HAY <b>DOS O MÁS</b> LUGARES PARA LAVADO DE MANOS, CAMINE AL LUGAR QUE EL ENCUESTADO QUE MOSTRO IN G.12B.2 (LUGAR DONDE NORMALMENTE SE LAVAN LAS MANOS DESPUÉS DE IR AL BAÑO).</p> <p>SI <b>NO TIENEN UN LUGAR</b> PARA LAVADO DE MANOS, PÍDALE A LA PERSONA QUE CAMINE CON USTED HASTA LA LETRINA QUE NORMALMENTE UTILIZA EL HOGAR.</p> <p>SI <b>NO HAY BANO / LETRINA</b>, PIDALE A LA PERSONA QUE SE SITUE DELANTE DE LA ENTRADA DE LA CASA.</p> <p> ANOTAR OBSERVACIÓN DEL LUGAR</p>	<p>LUGAR PARA LAVADO DE MANOS..... 1                  LETRINA ..... 2                  ENTRADA DE LA CASA..... 3</p>	
G.12B.22	<p>SI VE AL MENOS UN TIPO DE JABÓN EN EL LUGAR DONDE ESTÁ PARADO, REGISTRE EL TIPO DE JABÓN U OTRO MATERIAL OBSERVADO</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE SE APLIQUE</p> <p>SI NO VE NINGÚN TIPO DE JABÓN EN EL LUGAR DONDE ESTÁ PARADO, REGISTRE LA OPCIÓN "NO HAY JABÓN / CENIZA / LODO OBSERVADOS"</p>	<p>JABON MULTIUSOS ..... 1                  JABON DE BELLEZA/ PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... 2                  JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE..... 3                  JABÓN LÍQUIDO ..... 4                  AGUA JABONOSA ..... 5                  OTROS (ESPECIFICAR _____) ..... -96                  CENIZA ..... 7                  LODO ..... 8                  NO HAY JABÓN / CENIZA / LODO OBSERVADOS ..... 9                  NO SE PUDO OBSERVAR ..... -99</p>	<p>&gt;&gt;sgte módulo                  &gt;&gt; sgte módulo</p>
G.12B.23	<p>Por favor traiga lo que usualmente usa para lavarse las manos.</p> <p> REGISTRE EL TIEMPO QUE LE TOMA EN TRAERLO (EN SEGUNDOS). SI ÉSTE YA ESTÁ PRESENTE, REGISTRE 000. SI NO LE TRAEN NADA, REGISTRE 999.</p>	<p>_____ SEGUNDOS</p>	<p><b>SI 999, SALTAR AL SIGUIENTE MÓDULO</b></p>
G.12B.24	<p> REGISTRE EL TIPO DE JABÓN U OTRO MATERIAL TRAIIDO.</p>	<p>JABON MULTIUSOS ..... 1                  BELLEZA/ JABON PARA BAÑO/ JABON DE TOCADOR ..... 2                  JABON DE LAVANDERIA / DETERGENTE..... 3                  JABÓN LÍQUIDO ..... 4                  AGUA JABONOSA ..... 5                  OTROS (ESPECIFICAR _____) ..... -96                  CENIZA ..... 7                  LODO ..... 8</p>	

### 13. Observaciones de animales y heces (1 de 1)

Para la observación directa del entrevistador.

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

## 14. Observaciones de niños (1 de 1)

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.
REFERIRSE A LA LISTA G.14.0 Y LISTAR LOS CÓDIGOS ID Y NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS LISTADOS EN LAS COLUMNAS CH5C Y CH5D.		 ¿ESTA [NOMBRE] RELATIVAMENTE LIMPIO, SIN NINGUN OLOR DESAGRADABLE ?	 ¿TIENE [NOMBRE] LAS MANOS SUCIAS?	 ¿TIENE [NOMBRE] TIERRA O LODO EN LAS UÑAS?	 ¿ESTA LA CARA DE [NOMBRE] SUCIA?	 ¿ESTA [NOMBRE] VESTIDO?	 ¿ESTA LA ROPA DE [NOMBRE] SUCIA?	 ¿ESTA [NOMBRE] BARRIGON?	 ¿LLEVA O TIENE [NOMBRE] ZAPATOS)?  (PREGUNTE EN CASO DE QUE NO PUEDA OBSERVAR)
ID NINO	NOMBRE DEL NINO	SI ..... 1	SI..... 1	SI.. ..... 1	SI.. ..... 1	SI.. ..... 1	SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1
		NO..... 2	NO..... 2	NO ..... 2	NO ..... 2	NO ..... 2 [>> G.14.8]	NO ..... 2	NO ..... 2	NO ..... 2
		NO SE PUDO OBSERVAR.....-99	NO SE PUDO OBSERVAR...-99	NO SE PUDO OBSERVAR. -99	NO SE PUDO OBSERVAR...-99	NO SE PUDO OBSERVAR... -99 [>> G.14.8]	NO SE PUDO OBSERVAR. -99	NO SE PUDO OBSERVAR...-99	NO SE PUDO OBSERVAR... -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	1 2 -99

### 32. Lista de Verificación de Finalización para el Entrevistador (1 de 1)

#### Solo respuestas del Entrevistador.

G.32.1.	¿ESTAN TODAS LAS PAGINAS MARCADAS? POR FAVOR REVISAR.	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.4.	¿SE HA COMPLETADO EL MODULO DE DISCIPLINA INFANTIL (SECCION 26) PARA CADA NIÑO MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD (UNA PAGINA POR NIÑO)?	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.5.	¿LE HA DADO A LA FAMILIA SU REGALO COMO RETRIBUCION?	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.6.	POR FAVOR FIRMAR, AFIRMANDO QUE USTED HA REALIZADO DILIGENTEMENTE ESTAS REVISIONES.	_____ [FIRMA]		

#### Solo respuestas del Supervisor.

G.32.7.	¿TODAS LAS PAGINAS HAN SIDO MARCADAS? POR FAVOR REVISAR.	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.10.	¿SE HA COMPLETADO EL MODULO DE DISCIPLINA INFANTIL (SECCION 26) PARA CADA NIÑO MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD (UNA PAGINA POR NIÑO)?	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.11.	¿SE LE DIO A LA FAMILIA SU REGALO COMO COMPENSACION?	SI ..... NO .....	1 2	
G.32.12.	POR FAVOR FIRMAR, AFIRMANDO QUE USTED HA REALIZADO DILIGENTEMENTE ESTAS REVISIONES.	_____ [FIRMA]		