

SECCIÓN III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1	No. DE ORDEN PERSONAS REGISTRADAS	01	02	03
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar.	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>
4	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?	JEFE (A) DEL HOGAR 01	CÓNYUGE 02 HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12
5	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
6	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
7	¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8
8	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niños o niñas, ancianos o ancianas, personas no familiares o huéspedes? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → REGISTRE CADA PERSONA EN NUEVA COLUMNA Y HAGA DE LA PREGUNTA 3 A LA PREGUNTA 7			
9	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	01	02	03
10	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS HOMBRES DE 15 A 59 AÑOS	01	02	03
11	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS		02	03
SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES			MENOR DE 18 AÑOS	MENOR DE 18 AÑOS
12	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←
13	¿Quién es el padre natural de (NOMBRE)? ANOTE NÚMERO DE ORDEN SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE "00"		<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←
15	¿Quién es la madre natural de (NOMBRE)? ANOTE NÚMERO DE ORDEN SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE "00"		<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	¿Tiene (NOMBRE) partida de nacimiento? SI "SI", PREGUNTE: ¿Puedo verla? SI "NO", PREGUNTE: ¿(NOMBRE) ha sido alguna vez inscrito en el Registro Nacional de las Personas?		SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO.. 4 NO SABE..... 8
17	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.		PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.

HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12	HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO.. 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES 07 SUEGROS 08 HERMANA(O)..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 NO PARIENTE..... 11 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 12
HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 8	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA ← EN CUEST. ADICIONAL PREG. 3. SI NO HAY MÁS PASE A PREG. 8
04	05	06	07
04	05	06	07
04	05	06	07
MENOR DE 18 AÑOS			
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ←
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ←
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO... 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO... 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO... 4 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTA..... 1 SI TIENE, NO VISTA..... 2 NO TIENE, REGISTRADO..... 3 NO TIENE, NO REGISTRADO... 4 NO SABE..... 8
PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PREG. 12 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 18.

SECCION IV. EDUCACIÓN		5 AÑOS Y MÁS		5 AÑOS Y MÁS		5 AÑOS Y MÁS	
18	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
19	¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad?	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62	SI 1 NO 2 PASE SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS, PASE A 62
20	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que (NOMBRE) aprobó y en qué nivel?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SONDEE: SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8
PERSONAS DE 5 A 24 AÑOS		5 A 24 AÑOS		5 A 24 AÑOS		5 A 24 AÑOS	
21	Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste a algún centro educativo?	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 23) ← NO..... 2
22	Durante el año escolar del 2011, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún grado o año de educación primaria, secundaria o superior?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←
23	¿En cuál grado o año de educación se inscribió o matriculó (NOMBRE) durante el año escolar 2011?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SONDEE: SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8
24	Durante el año escolar del 2010, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún grado o año de educación primaria, secundaria o superior?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 26) ←
25	¿En cuál grado o año de educación se inscribió o matriculó (NOMBRE) durante el año escolar 2010?	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SONDEE: SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8	NIVEL GRADO PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2 SEC. CICLO COMÚN 3 SEC. DIVERSIFICADO 4 TÉCNICO SUPERIOR 5 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6 SUPERIOR UNIVERSITARIA 7 POSTGRADO UNIVERSITARIO 8
26	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 18. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 62

| 5 AÑOS Y MÁS |
|---|---|---|---|
| SI 1
NO 2 |
| SI 1
NO 2
PASE SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS, PASE A 62 | SI 1
NO 2
PASE SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS, PASE A 62 | SI 1
NO 2
PASE SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS, PASE A 62 | SI 1
NO 2
PASE SIGUIENTE PERSONA
EN CUEST. ADICIONAL PREG. 18
SI NO HAY MÁS, PASE A PREG. 62 |
| NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 |
| 5 A 24 AÑOS |
| SI..... 1
(PASE A 23) ←
NO..... 2 |
| SI..... 1
NO..... 2
(PASE A 24) ← |
| NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 |
| SI..... 1
NO..... 2
(PASE A 26) ← |
| NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 | NIVEL GRADO
PRE-ESCOLAR 1
PRIMARIA / BÁSICA (1-9 AÑOS)..... 2
SEC. CICLO COMÚN 3
SEC. DIVERSIFICADO 4
TÉCNICO SUPERIOR 5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 6
SUPERIOR UNIVERSITARIA 7
POSTGRADO UNIVERSITARIO 8 |
| PASE A SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS PERSONAS
PASE A PREGUNTA 62 | PASE A SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS PERSONAS
PASE A PREGUNTA 62 | PASE A SIGUIENTE PERSONA
PREGUNTA 18.
SI NO HAY MÁS PERSONAS
PASE A PREGUNTA 62 | PASE A SIGUIENTE PERSONA
EN CUEST. ADICIONAL PREG. 18
SI NO HAY MÁS PERSONAS
PASE A PREGUNTA 62 |

SECCIÓN V. GASTOS EN SALUD			
GASTOS AMBULATORIOS			
62	¿Está cubierto (NOMBRE) por algún seguro de salud? SI SI ¿Cuál seguro de salud? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←	IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←
62A	¿(NOMBRE) paga el seguro de salud con su propio dinero o lo deducen de su salario?	PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←	PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←
62B	¿Cuánto paga (NOMBRE) al mes?	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
63	En los últimos 30 días ¿tuvo (NOMBRE) alguna enfermedad (incluyendo gripe, diarrea, etc.), problemas de salud (incluyendo problemas en el embarazo, etc.), o un accidente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←
63B	¿Se internó en un hospital o clínica?	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2
68A	¿Buscó (NOMBRE) consejo o tratamiento médico para ese problema de salud o enfermedad en los últimos 30 días?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←
68B	¿Cuál fue el problema de salud por el que (NOMBRE) buscó consejo o tratamiento (última enfermedad)? ANOTE LA CAUSA TEXTUALMENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS ... 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
68C	¿Por esta enfermedad que tuvo en los últimos 30 días, a quién consultó la primera vez?	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO 10 COLABORADOR VOLUNTARIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. ... 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTARIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
69	¿Por qué razón no buscó consejo o tratamiento médico en un centro de salud u hospital? SONDEE: Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN ... C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR ... I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z

GASTOS AMBULATORIOS			
IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←	IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←	IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←	IHSS..... A SEGURO MILITAR B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO ESTÁ CUBIERTO Y NO SABE Z (PASE A 63) ←
PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←	PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←	PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←	PROPIO DINERO/DEDUCEN DEL SALARIO 1 NO PAGA/BENEFICIARIO 2 (PASE A 63) ←
MONTO NO SABE99998			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A PREGUNTA 90 ←
SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2	SI 1 PASE A PREGUNTA 91 ← NO 2
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←	SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 69) ←
PROBLEMAS RESPIRATORIOS 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PROBLEMAS RESPIRATORIOS 01 MALARIA 02 DENGUE 03 DIARREA O VÓMITO 04 PARTO 05 COMPLICACIONES EMBARAZO 06 FRACTURAS/HERIDAS 07 DIABETES 08 HIPERTENSIÓN/CORAZÓN 09 PROBLEMAS DENTALES 10 TUBERCULOSIS 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	MÉDICO 01 DENTISTA 02 ENFERMERA 03 OTRO PROFESIONAL 04 (PASE A 71) ← EMPLEADO DE FARMACIA 05 PARTERA 06 CURANDERO 07 NATURISTA 08 MONITORA ATENCIÓN INT. 09 GUARDIÁN/VOLUNTARIO SAL 10 COLABORADOR VOLUNTA- RIO COL-VOL 11 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98
ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ENFERMEDAD/ACCIDENTE LEVE A SITIO QUEDA LEJOS B MALA CALIDAD DE ATENCIÓN C NO TENÍA DINERO D CONOCE LA ENFERMEDAD E NO DAN MEDICAMENTOS F NO ATIENDEN A JÓVENES G DISCRIMINAN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD H DISCRIMINAN PER. DE COLOR I NO ATIENDEN A INDIGENAS J OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z

GASTOS AMBULATORIOS			
69A	¿Compró algún medicamento auto-recetado o indicado en la farmacia o por un amigo o pariente?	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←
70	¿Cuánto se gastó en total por estos medicamentos y otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←	MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←
71	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO23 CLÍNICA DE ONG24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL21 CLÍNICA ASHONPLAFA22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO23 CLÍNICA DE ONG24 OTRO PRIVADO:96 (ESPECIFIQUE)
72	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
73	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por las medicinas relacionadas con la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998	MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998
74	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por exámenes y laboratorio relacionados con la consulta? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998	MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998
75	¿(NOMBRE) o la familia pagó todo sólo con recursos propios o el seguro pagó alguno de los costos?	SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←
76	Incluyendo consulta, medicinas y exámenes de laboratorio, ¿cuánto devolvió en total el seguro?	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
77	Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por: A ¿Transporte (todos acompañantes)? B ¿Cuidado niños pequeños? C ¿Hospedaje y comida (todos)? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM
78	¿Además de los anteriores gastos (NOMBRE) o la familia gastó algo más?	SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←
78A	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en esos gastos?	MONTO NO SABE99998	MONTO NO SABE99998
79	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90	PASE A PREGUNTA 90

GASTOS AMBULATORIOS			
SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 90) ←
MONTO NO SABE99998 (PASE A 90) ←			
SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)
SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 96 (ESPECIFIQUE)
MONTO NO SABE99998			
MONTO NO COMPRO99997 NO SABE99998			
MONTO NO SE HIZO99997 NO SABE99998			
SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS .. 1 (PASE A 77) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 77) ←
MONTO NO SABE99998			
MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM	MONTO TRANS..... CUIDADO..... HOSP. Y COM
SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←	SI 1 NO 2 PASE A PREGUNTA 90 ←
MONTO NO SABE99998			
PASE A PREGUNTA 90			

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN			
90	En los últimos 12 meses ¿tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo hospitalizado(a)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. ← SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. ← SI NO HAY MÁS, PASE A 121
91	¿Cuál fue la causa de la hospitalización de (NOMBRE)? ANOTE LA CAUSA TEXTUALMENTE Y ENCIERRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
92	¿Dónde estuvo (NOMBRE) hospitalizado(a)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
93	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) hospitalizado(a)? MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS MENOS DE 3 MESES, ANOTE SEMANAS 3 MESES O MÁS, ANOTE MESES	DÍAS 1 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/>
94	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la hospitalización, incluyendo consultas, exámenes, laboratorio y medicinas? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000"	MONTO <input type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←	MONTO <input type="text"/> NO SABE99998 (PASE A 96) ←
94A	¿(NOMBRE) o la familia pagó todo sólo con recursos propios o el seguro pagó alguno de los costos?	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←
95	Incluyendo hospitalización, consultas, exámenes de laboratorio y medicinas, ¿cuánto devolvió en total el seguro?	MONTO <input type="text"/> NO SABE99998	MONTO <input type="text"/> NO SABE99998
96	Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por: ¿Transporte (todos acompañantes)? ¿Cuidado niños pequeños? ¿Hospedaje y comida (todos)? SI NO PAGÓ, ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>
98	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121

04	05	06	07
			CUESTIONARIO ADICIONAL <input type="checkbox"/>
NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>			
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 62. SI NO HAY MÁS, PASE A 121	SI 1 NO 2 NO SABE 8 PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121
EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	EMBARAZO/PARTO 1 COMPLICACIONES PARTO .. 2 ENFERMEDAD 3 ACCIDENTE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)
SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MI DE LA SS 13 OTRO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO .. 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
DÍAS 1 <input type="text"/>			
SEMANAS 2 <input type="text"/>			
MESES 3 <input type="text"/>			
MONTO <input type="text"/>			
NO SABE 99998 (PASE A 96) ←			
SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←	SÓLO RECURSOS PROPIOS 1 (PASE A 96) ← RECURSOS PROPIOS Y SEGURO PRIVADO 2 NO PAGÓ NADA 3 NO SABE 8 (PASE A 96) ←
MONTO <input type="text"/>			
NO SABE 99998			
MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>	MONTO TRANS..... <input type="text"/> CUIDADO..... <input type="text"/> HOSP. Y COM <input type="text"/>
PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN CUEST. ADICIONAL PG. 62. SI NO HAY MÁS, PASE A PG. 121

SECCIÓN VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
121	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber usada por los miembros de este hogar?	AGUA DE TUBERIA SERVICIO PÚBLICO DENTRO DE LA VIVIENDA 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD 12 AGUA DE TUBERIA SERVICIO PRIVADO DENTRO DE LA VIVIENDA 13 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD 14 AGUA DE POZO MALACATE 21 CON BOMBA 22 PILA PÚBLICA 31 AGUA DE MANANTIAL/ARROYO/OJO DE AGUA... 41 LLUVIA 51 CARRO CISTERNA 61 AGUA DE SUPERFICIE (RIO/LAGO/QUEBRADA).. 71 AGUA EMBOTELLADA .. 81 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 126 → 126 → 123 → 123 → 123 → 123 → 126 → 123 → 123 → 123
122	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para otro uso en el hogar, que no sea para beber (lavarse las manos, lavar los platos, bañarse, etc.)?	AGUA DE TUBERIA SERVICIO PÚBLICO DENTRO DE LA VIVIENDA 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD 12 AGUA DE TUBERIA SERVICIO PRIVADO DENTRO DE LA VIVIENDA 13 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD 14 AGUA DE POZO MALACATE 21 CON BOMBA 22 PILA PÚBLICA 31 AGUA DE MANANTIAL/ARROYO/OJO DE AGUA... 41 LLUVIA 51 CARRO CISTERNA 61 AGUA DE SUPERFICIE (RIO/LAGO/QUEBRADA).. 71 AGUA EMBOTELLADA .. 81 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 128 → 128 → 128 → 128 → 128 → 128 → 128 → 128
123	¿Dónde está localizada la fuente?	EN LA PROPIA VIVIENDA 1 EN PATIO/SOLAR PROPIO 2 EN OTRA PARTE 3	→ 126 → 126 →
124	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998	
125	¿Quién del hogar generalmente hace esta tarea de ir a la fuente a recoger el agua?	MUJER DE 15 AÑOS Y MÁS 1 HOMBRE DE 15 AÑOS Y MÁS 2 NIÑA MENOR DE 15 AÑOS 3 NIÑO MENOR DE 15 AÑOS 4 OTRA PERSONA: 6 (ESPECIFIQUE)	
126	¿Usted trata el agua de alguna manera para hacerla más segura para consumir?	SI 1 NO 2 NO SABE 3	→ 128 → 128
127	¿Generalmente qué le hace al agua para hacerla más segura para consumir? SONDEE: ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	HIERVE A LA CLORAN B FILTRA CON TELA C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTRO) D LA PURIFICAN CON LUZ SOLAR E LA DEJA REPOSAR F LA CUELAN G OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
128	¿Que tipo de servicio sanitario usan habitualmente los miembros del hogar?	INODORO DE ARRASTRE CONECTADO A ALCANTARILLADO 11 CONECTADO A POZO SÉPTICO 12 NO SABE A QUE ESTA CONECTADO 13 LETRINA LETRINA CON CIERRE HIDRÁULICO 21 LETRINA ABONERA 22 LETRINA SIMPLE O CON POZO NEGRO 23 LETRINA CON DESCARGA A RÍO, LAGUNA, MAR 24 OTROS INODORO CON DESCARGA A RIO, LAGUNA, MAR 31 NO HAY SERVICIO 61 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 131 →

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
129	¿El uso del servicio sanitario es privado del hogar o compartido con otros hogares?	PRIVADO DEL HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	→ 131
130	¿Cuántos hogares comparten el servicio sanitario? 10 O MÁS: 'ANOTE '95' NO SABE: 'ANOTE '98'	NÚMERO DE HOGARES <input type="text"/> <input type="text"/>	
131	Tiene en su hogar:		
A	¿Mesa?	MESA SI 1 NO 2	
B	¿Sillas?	SILLAS SI 1 NO 2	
C	¿Cama?	CAMA SI 1 NO 2	
D	¿Armario?	ARMARIO SI 1 NO 2	
E	¿Ventilador?	VENTILADOR SI 1 NO 2	
F	¿Aire acondicionado?	AIRE ACONDICIONADO SI 1 NO 2	
G	¿Radio o Equipo de Sonido?	RADIO O EQUIPO DE SONIDO SI 1 NO 2	
H	¿Televisor?	TELEVISOR SI 1 NO 2	
I	¿Teléfono fijo?	TELÉFONO FIJO SI 1 NO 2	
J	¿Teléfono celular?	TELÉFONO CELULAR SI 1 NO 2	
K	¿Refrigeradora?	REFRIGERADORA SI 1 NO 2	
L	¿Computadora?	COMPUTADORA SI 1 NO 2	
132	¿Cuál es el principal combustible que utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD..... 01 GAS (CILINDRO/CHIMBO) 02 GAS DE KEROSENE 03 CARBÓN 04 LEÑA..... 05 NO COCINA 06 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	→ 134 → 134 → 134 → 136 → 136
133	¿En su hogar, los alimentos se cocinan en un fogón o en una estufa?	FOGÓN 1 ESTUFA 2 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	→ 134
133A	¿El fogón o la estufa tiene chimenea?	SI..... 1 NO..... 2	
134	¿Se cocina los alimentos generalmente en la casa, en una pieza fuera de la casa o al aire libre?	EN LA CASA 1 PIEZA FUERA DE LA CASA 2 AL AIRE LIBRE 3	→ 136 → 136
135	¿Tiene una pieza utilizada sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
136	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL PISO (POR OBSERVACIÓN)	PISO NATURAL TIERRA 11 PISO RUDIMENTARIO MADERA ASERRADA..... 21 PLANCHA DE CEMENTO 22 LADRILLO DE BARRO 23 EMBARRADA 24 PISO ACABADO MADERA PULIDA..... 31 LADRILLO DE CEMENTO/MOSAICO 32 GRANITO 33 CERÁMICA 34 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
137	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES (POR OBSERVACIÓN)	PAREDES NATURALES SIN PAREDES 11 CAÑA/PALMAR/TRONCOS 12 PAREDES RUDIMENTARIAS PALMA/BAMBÚ 21 PIEDRA CANTERA 22 ADOBE 23 MADERA ASERRADA 24 BAHAREQUE/VARA 25 MATERIAL DE DESECHO 26 PAREDES ACABADAS BLOQUE DE CEMENTO 31 MADERA PULIDA..... 32 PIEDRA CON CEMENTO 33 LADRILLO DE BARRO 34 MATERIAL PREFABRICADO 35 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	
138	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCION DEL TECHO (POR OBSERVACIÓN)	TECHO NATURAL SIN TECHO 11 PAJA/PALMA 12 TECHO RUDIMENTARIO MADERA 21 MATERIAL DE DESECHO 22 TECHO ACABADO LÁMINA DE ZINC/ALUCIN 31 CONCRETO 32 LÁMINA DE FIBROCEMENTO/ASBESTO 33 TEJA DE BARRO..... 34 TEJA DE CEMENTO 35 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
139	VIVIENDA CON VENTANAS (POR OBSERVACIÓN)	SI 1 NO 2	→ 140																												
139A	TIPO DE VENTANAS (POR OBSERVACIÓN)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>A. VENTANAS CON VIDRIO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>B. VENTANAS CON CELOCILLAS</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>C. VENTANAS CON CORTINAS O POSTIGOS</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	A. VENTANAS CON VIDRIO	1	2	B. VENTANAS CON CELOCILLAS	1	2	C. VENTANAS CON CORTINAS O POSTIGOS	1	2																	
	SI	NO																													
A. VENTANAS CON VIDRIO	1	2																													
B. VENTANAS CON CELOCILLAS	1	2																													
C. VENTANAS CON CORTINAS O POSTIGOS	1	2																													
140	¿Cuántas piezas usa el hogar para dormir?	NÚMERO DE PIEZAS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																													
141	¿Algún miembro de su hogar tiene:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>A ¿Bicicleta?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Motocicleta?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Carreta de bestia?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Vehículo automotor?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Bote/lancha sin motor?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Bote/lancha con motor?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	A ¿Bicicleta?	1	2	B ¿Motocicleta?	1	2	C ¿Carreta de bestia?	1	2	D ¿Vehículo automotor?	1	2	E ¿Bote/lancha sin motor?	1	2	F ¿Bote/lancha con motor?	1	2								
	SI	NO																													
A ¿Bicicleta?	1	2																													
B ¿Motocicleta?	1	2																													
C ¿Carreta de bestia?	1	2																													
D ¿Vehículo automotor?	1	2																													
E ¿Bote/lancha sin motor?	1	2																													
F ¿Bote/lancha con motor?	1	2																													
142	¿Algún miembro del hogar posee tierra que pueda ser utilizada para agricultura?	SI 1 NO 2	→ 144																												
143	¿Cuántas manzanas de tierra agrícola en total poseen los miembros del hogar? SI MÁS DE 95, ANOTE '99.5' SI NO SABE, ANOTE '99.8'	MANZANAS 1 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> TAREAS 2 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																													
144	¿Algún miembro del hogar posee ganado, caballos, cerdos, cabras, ovejas o aves de corral?	SI 1 NO 2	→ 146																												
145	¿Cuántos de los siguientes animales posee este hogar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>A ¿Ganado de engorde?</td> <td>GANADO DE ENGORDE</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B ¿Ganado de leche?</td> <td>GANADO DE LECHE</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C ¿Caballos, burros, mulas?</td> <td>CABALLOS/BURROS/MULAS</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D ¿Cerdos?</td> <td>CERDOS</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E ¿Cabras?</td> <td>CABRAS</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>F ¿Ovejas?</td> <td>OVEJAS</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>G ¿Aves de corral (gallinas, patos, etc)?</td> <td>AVES DE CORRAL</td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>	A ¿Ganado de engorde?	GANADO DE ENGORDE	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	B ¿Ganado de leche?	GANADO DE LECHE	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	C ¿Caballos, burros, mulas?	CABALLOS/BURROS/MULAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	D ¿Cerdos?	CERDOS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	E ¿Cabras?	CABRAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	F ¿Ovejas?	OVEJAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	G ¿Aves de corral (gallinas, patos, etc)?	AVES DE CORRAL	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
A ¿Ganado de engorde?	GANADO DE ENGORDE	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
B ¿Ganado de leche?	GANADO DE LECHE	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
C ¿Caballos, burros, mulas?	CABALLOS/BURROS/MULAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
D ¿Cerdos?	CERDOS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
E ¿Cabras?	CABRAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
F ¿Ovejas?	OVEJAS	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
G ¿Aves de corral (gallinas, patos, etc)?	AVES DE CORRAL	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
146	¿Algún miembro de este hogar tiene cuenta bancaria?	SI 1 NO 2																													
147	¿Con qué frecuencia alguien fuma dentro de su casa: diariamente, semanal, mensual, de vez en cuando o nunca?	DIARIO 1 SEMANAL 2 MENSUAL 3 DE VEZ EN CUANDO 4 NUNCA 5																													
148	Por favor, me puede mostrar donde los miembros de su hogar se lavan las manos con más frecuencia.	OBSERVADO 1 NO SE OBSERVÓ, NO ESTÁ EN LA VIVIENDA, ESTÁ EN PATIO/ PARCELA 2 NO DIERON PERMISO PARA OBSERVAR 3 NO SE OBSERVÓ, OTRA RAZÓN 4	→ 151																												
149	OBSERVE SI HAY AGUA EN EL LUGAR DONDE SE LAVAN LAS MANOS	DISPONE DE AGUA 1 NO DISPONE DE AGUA 2																													
150	OBSERVE SI HAY JABÓN, DETERGENTE U OTRO AGENTE DE LIMPIEZA	JABÓN O DETERGENTE (BARRA, LÍQUIDO, POLVO) A CENIZA, BARRO, ARENA B NINGUNO C																													
151	¿En su hogar, principalmente cómo eliminan la basura?	LA TIRAN A LA CALLE, RÍO, QUEBRADA, LAGO O MAR 1 LA RECOGE EL CARRO DE LA BASURA 2 LA LLEVA AL DEPÓSITO O CONTENEDOR 3 LA QUEMA O LA ENTIERRA 4 PAGA PARTICULARES PARA QUE LA BOTEN .. 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)																													
152	¿Su hogar es beneficiario del BONO 10.000?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																													
153	HORA DE TERMINACION	HORA <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> MINUTOS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																													

SECCIÓN VII: PESO Y TALLA PARA MUJERES Y NIÑOS(AS)

160 MUJERES REVISE LAS PREGUNTAS 2, 3 y 9: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES ELEGIBLES DE 15 A 49 AÑOS								
160A				PESO Y TALLA DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS				
161	162	163	164	165	166	167		
No. DE ORDEN	NOMBRE	EDAD		PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	RESULTADO: 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO		
		AÑOS						
168 NIÑOS REVISE LAS PREGUNTAS 2, 3 y 11: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE TODOS LOS NIÑOS(AS) ELEGIBLES MENORES DE 6 AÑOS								
169	170	171		172	173	174	175	176
No. DE ORDEN	NOMBRE DEL NIÑO(A)	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? <small>(COPIAR DE HISTORIA DE NACIMIENTOS SI MADRE FUE ENTREVISTADA)</small>		NACIDO(A) DESDE ENERO DEL 2006	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO (0 A 23 MESES) O DE PIE (DE 24 A MÁS MESES)	RESULTADO: 1 MEDIDO 2 NO P/SENTE 3 RECHAZO 6 OTRO
		DÍA	MES	AÑO			ACOS- DE TADO PIE	
					SI 1 NO ...2		↓ ↓ 1 2	
					SI 1 NO ...2		1 2	
					SI 1 NO ...2		1 2	
					SI 1 NO ...2		1 2	
					SI 1 NO ...2		1 2	
					SI 1 NO ...2		1 2	
NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDió				NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE				
_____				_____				
OBSERVACIONES _____								

SECCION VIII. MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA PARA MUJERES Y NIÑOS(AS)

CONSENTIMIENTO

Como parte de esta encuesta, estamos estudiando la presencia de anemia en mujeres y niños. La anemia es un serio problema de salud que resulta de una nutrición inadecuada. La investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento de la anemia.

Solicitamos que usted (y sus hijos nacidos desde enero de 2006) participen en la prueba de anemia que se hace en esta encuesta. La prueba utiliza instrumentos estériles desechables que son nuevos y completamente seguros. La sangre será analizada con equipo nuevo y los resultados le serán entregados inmediatamente. Estos resultados se mantendrán en forma confidencial.

Por favor, le pido ahora que usted y (NOMBRE DEL NIÑO (A) O NIÑOS(AS)) participen en la prueba de anemia. Sin embargo, si usted decide no hacerse la prueba está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión.

FIRMA DE LA ANTROPOMETRISTA: _____

Por favor dígame, ¿Acepta hacerse la prueba de anemia?

MUJERES

180		181			182	183		184
COPIE NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE 161, 162		LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER DE 18-49 AÑOS. SI MUJER ES 15-17 AÑOS,* LEA CONSENTIMIENTO PRIMERO A PADRE/ MADRE O ADULTO RESPONSABLE.			NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	¿Está usted actualmente embarazada?		RESULTADO
No. DE ORDEN	NOMBRE	CIRCULE CÓDIGO APROPIADO				SI	NO/NS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PADRE/MADRE OTORGADO	MADRE RECHAZA	MUJER RECHAZA	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE A 184	3 PASE A 184	<input type="text"/> . <input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>

NIÑOS(AS)

185		186	187	188		189	190
COPIE NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE 169, 170		No. ORDEN DEL PADRE O MADRE O ADULTO RESP. REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR	NIÑO(A)S 6 MESES O MÁS O MÁS ELEGIBLE	LEA EL CONSENTIMIENTO A UNO DE LOS PADRES O AL ADULTO RESPONSABLE *		NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	RESULTADO
No. DE ORDEN	NOMBRE			OTORGADO	RECHAZO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI ... 1 NO .. 2	1	2 PASE A 190	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>

**PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUJER A SER ENTREVISTADA
EN LA SECCIÓN DE "VIOLENCIA DOMÉSTICA"**

1. Verifique en la portada el **último dígito del número del recorrido** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **fila** a usar en el cuadro. **FILA**
2. Verifique **en la pregunta 9** el total de mujeres entre 15-49 años que hay en el listado de hogar y escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la **columna** a usar **COLUMNA**
3. Circule en el cuadro siguiente el número en la **intersección** de la correspondiente **FILA Y COLUMNA**.

Último dígito del número del recorrido	Número de mujeres listadas en Cuestionario de Hogar							
	Una mujer	Dos mujeres	Tres mujeres	Cuatro mujeres	Cinco mujeres	Seis mujeres	Siete mujeres	Ocho mujeres
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

4. El número circulado le indica cuál mujer de las listadas en la Sección III es elegible para las preguntas de Violencia Doméstica, es decir, si es la primera mujer listada, o la segunda, la tercera, etc. Recuerde que el número circulado en el cuadro no es equivalente al número de orden de la mujer.
5. Revise la **pregunta 9 en la Sección 3** para poder determinar el **número de orden** de la mujer seleccionada, es decir, el número de orden de la primera mujer listada, o la segunda o la tercera, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas.

NÚMERO DE ORDEN

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DEL HOMBRE A SER ENTREVISTADO

1. Verifique en la portada el **último dígito del número del recorrido** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **fila** a usar en el cuadro. FILA

2. Verifique **en la pregunta 10** el total de hombres entre 15-59 años que hay en el listado de hogar y escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la **columna** a usar COLUMNA

3. Circule en el cuadro siguiente el número en la **intersección** de la correspondiente **FILA Y COLUMNA**.

Último dígito del número del recorrido	Número de hombres listados en Cuestionario de Hogar							
	Un hombre	Dos hombres	Tres hombres	Cuatro hombres	Cinco hombres	Seis hombres	Siete hombres	Ocho hombres
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

4. El número circulado le indica cuál hombre de los listados en la Sección III es elegible para la Ecueta de Hombres, es decir, si es el primer hombre listado, o el segundo, el tercero, etc.
Recuerde que el número circulado en el cuadro no es equivalente al número de orden del hombre.

5. Revise la **pregunta 10 en la Sección 3** para poder determinar el **número de orden** del hombre seleccionado, es decir, el número de orden del primer hombre listado, o el segundo o el tercero, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas.

NÚMERO DE ORDEN

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/>																												
102	¿En qué mes y año nació usted?	MES <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 9998																												
103	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 102 Y 103. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>																												
104	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 108																												
105	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que aprobó y en qué nivel? SONDEE: SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRE- ESCOLAR</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA CICLO COMÚN</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO SUPERIOR</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	PRE- ESCOLAR	1	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)	2	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL	GRADO																												
PRE- ESCOLAR	1	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)	2	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>																												
TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>																												
107	VEA EN 105 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> 0, 1 ó 2 AÑOS DE PRIMARIA	OTRO NIVEL <input type="checkbox"/> → 110																												
108	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA A LA ENTREVISTADA. SI LA ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE 2 PUEDE LEER LA FRASE 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO: 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGA/VISUALMENTE IMPEDIDA 5																												
108A	¿Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetización o algún otro programa para aprender a leer o escribir, diferente de la escuela primaria?	SI..... 1 NO..... 2																												
109	VERIFIQUE CÓDIGOS EN 108: CÓDIGOS <input type="checkbox"/> 2, 3, Ó 4	CÓDIGOS <input type="checkbox"/> → 111 1 Ó 5																												
110	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																												
111	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																												
112	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																												
113	¿Cuál es su religión?	CATÓLICA 1 EVANGÉLICA/PROTESTANTE 2 NO TIENE 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)																												
114	A cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted que pertenece: LEA LA LISTA Y ESPERE RESPUESTA. SÓLO DEBE REGISTRAR UNA RESPUESTA Garífuna Negro Inglés Tolupán Pech (Paya) Misquito Nahoa Lenca Tawaka (Sumo) Maya Chorti	GARÍFUNA 01 NEGRO INGLÉS 02 TOLUPÁN 03 PECH (PAYA) 04 MISQUITO 05 NAHOA 06 LENCA 07 TAWAKA (SUMO) 08 MAYA CHORTI 09 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NINGUNO 98																												

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

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

211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo. INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA. ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.										
O R D E N D E L N A C I M I E N T O	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), (etc.) hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc...)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: -DÍAS, SI MENOS DE 1 MES -MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS -AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
03	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
04	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
05	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
06	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
07	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2
08	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER..... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN ↓ 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ AGREGUE NACIMIENTO NO.... 2

O R D E N D E L N A C .	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), (etc.) hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc...)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE "00" SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?	
09	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO... 2	
10	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO... 2	
11	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO... 2	
12	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO... 2	
13	(NOMBRE)	ÚNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE... 1 MUJER.... 2	MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN 221	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 AGREGUE NACIMIENTO NO... 2	
222	¿Hubo algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									SI..... 1 NO... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA										
223 A	VEA 220: PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ANOTO 12 EN MESES, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.						1. _____	2. _____	3. _____		
223 B	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
224	VERIFIQUE 215: ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2006.						NÚMERO DE NACIMIENTOS <input type="text"/>		NINGUNO 0 → 226		
225	C PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2006 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN EL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO (NOTA: EL NÚMERO DE LETRAS "E" SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA 8	230 230
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA. C	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento?	SI 1 NO 2	230
229	Deseaba tener un hijo más tarde o no quería tener (más) hijos?	MÁS TARDE 1 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS 2	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	238
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ EN ENERO DEL 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/>	238
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto o nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS. ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN C	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto en Enero del 2006 o después?	SI..... 1 NO..... 2	236
235	C PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS OCURRIDOS DESDE ENERO DEL 2006. PONGA "T" EN LA COLUMNA DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
236	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de Enero del 2006?	SI..... 1 NO..... 2	238
237	¿En qué mes y año ocurrió el último embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto antes de Enero del 2006?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
238	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
239	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	301 301
240	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.		
301A	<p>¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar?</p> <p>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</p> <p>- PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:</p> <p>¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)</p> <p>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</p>		301C ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?
01	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</p> <p>Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
02	<p>OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)</p> <p>Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
03	<p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
04	<p>INYECCIONES PARA NO TENER HIJOS</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
05	<p>IMPLANTES</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
06	<p>PASTILLAS /PÍLDORAS</p> <p>Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
07	<p>CONDÓN (PRESERVATIVO)</p> <p>Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
08	<p>CONDÓN FEMENINO</p> <p>Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
09	<p>TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES)</p> <p>La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
10	<p>MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)</p> <p>Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
11	<p>RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS</p> <p>Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
12	<p>MÉTODO DEL COLLAR (DÍAS FIJOS)</p> <p>El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas son los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que puede tener relaciones.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
13	<p>RETIRO (COITO INTERRUMPIDO)</p> <p>Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
14	<p>ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</p> <p>Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
15	<p>OTRO MÉTODO</p> <p>¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?</p>	<p>SI 1</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>_____</p> <p>NO 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
301B	PREGUNTE 301C PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301A.		
302	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p align="center">NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 311</p>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
303	¿Actualmente está usted o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	311
304	¿Qué método está(n) usando? CIRCULE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)..... B DIU..... C INYECCIONES..... D IMPLANTES..... E PASTILLAS..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... I MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... J RITMO..... K MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR)..... L RETIRO..... M OTRO MÉTODO..... X (ESPECIFIQUE)	307 307 308A 308A 306 308A
305	¿Cuál es la marca de pastillas que está usando? SI NO CONOCE LA MARCA, SOLICITE VER EL PAQUETE	MYGROGYNON..... 1 PERLA..... 2 DIANE..... 3 LO-FEMENAL..... 4 OTRA:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	308A
306	¿Cuál es la marca de condón que están usando? SI NO CONOCE LA MARCA, SOLICITE VER EL PAQUETE	GUARDIÁN..... 1 PIEL..... 2 PANTHERA..... 3 DUREX..... 4 SIN MARCA/SECRETARIA SALUD..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	308A
307	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD..... 11 HOSPITAL DEL IHSS..... 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS..... 13 OTRO PÚBLICO:..... 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA DE ONG..... 24 OTRO PRIVADO:..... 26 (ESPECIFIQUE) OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
307A	VERIFIQUE 304: CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> MARCADO CÓDIGO 'B' <input type="checkbox"/> MARCADO Antes de su operación/esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo/compañero que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
307B	Antes de hacerse la operación/esterilización, ¿firmo usted (su esposo/compañero) un papel donde daba su autorización para hacerse esa operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
308	¿En qué mes y año la(o) operaron / esterilizaron?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308A	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) sin parar? SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma continua (sin parar)?	AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
309	VERIFIQUE EN 308/308A, 215 Y 231 SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DEL MES DE COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	REGRESE A 308 / 308A, SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VERIFIQUE 308/308A: EL AÑO ES 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> C ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZO A USARLO	EL AÑO ES 2005 O ANTES <input type="checkbox"/> C ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DEL 2006 DESPUÉS PASE A → 322	
311	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DEL 2006. USE LOS NOMBRES DE LO(A)S HIJO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. C EN COLUMNA 1, ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO, O '0' PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces? EN COLUMNA 2, ANOTE EL CÓDIGO DE LA INTERRUPCIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO. EL NÚMERO DE CÓDIGOS EN LA COLUMNA 2, DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPTIONES DE MÉTODOS MARCADOS EN LA COLUMNA 1. PREGUNTE POR QUÉ DEJÓ DE USAR EL MÉTODO. SI ESTA SEGUIDO DE UN EMBARAZO, PREGUNTE SI EL EMBARAZO OCURRIÓ MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI DEJÓ DE USAR EL MÉTODO PORQUE QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA. PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Por qué dejó de usar el (MÉTODO)? ¿Usted quedó embarazada mientras usaba el (MÉTODO), o usted lo dejó por otra razón? ¿Dejó de usar el (MÉTODO) para quedar embarazada? ¿Cuántos meses tuvo que esperar para quedar embarazada? SI DELIBERADAMENTE DEJÓ DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuántos meses le tomó a usted quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)? Y ANOTE '0' EN CADA UNO DE LOS MESES EN LA COLUMNA 1.		
312	CONSULTE EL CALENDARIO PARA VER EL USO DE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN CUALQUIER MES NINGÚN MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/> CUALQUIER MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/> → 314		
313	¿Ha usado usted o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 → 324 NO..... 2 → 324	
314	VERIFIQUE 304: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO USADO ACTUALMENTE SI MENCIONÓ VARIOS EN 304 CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	NO CÓDIGOS MARCADOS..... 00 → 324 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 317A OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)..... 02 → 326 DIU..... 03 INYECCIÓN 04 IMPLANTES 05 PASTILLAS..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO 08 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10 → 315A RITMO..... 11 → 315A MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 12 → 315A RETIRO..... 13 → 326 OTRO MÉTODO 96 → 326 (ESPECIFIQUE)	
315	Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA DE PREGUNTA 308/308A). ¿Dónde consiguió (MÉTODO ACTUAL) cuando empezó a usarlo?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE)	
315A	¿Dónde aprendió sobre el MELA/ritmo/collar?	SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 23 CLÍNICA DE ONG 24 CONSEJERÍA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 25 FARMACIA 26 OTRO PRIVADO: 27 (ESPECIFIQUE)	
	SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	OTRA FUENTE PULPERIA/SUPERMERCADO 31 IGLESIA 32 AMIGO/PARIENTE 33 PARTERA 34 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
324	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	326
325	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS QUE DE LA INFORMANTE SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD .. A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO PÚBLICO: _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO I CLÍNICA/PUERTO DE ONG J PUERTO DE ASHONPLAFA K FARMACIA L OTRO PRIVADO: _____ M (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE PULPERIA/SUPERMERCADO N IGLESIA O AMIGO/PARIENTE P OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)	
326	¿En los últimos 12 meses ha sido visitada por una monitora de atención integral, guardián, o voluntario de salud que le habló sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
327	¿En los últimos 12 meses ha visitado alguna clínica u hospital para el cuidado de su salud o la salud de su(s) hijo(s)?	SI..... 1 NO..... 2	329
328	¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
329	VERIFIQUE 103: 15 - 24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 - 49 AÑOS <input type="checkbox"/>		401
329A	¿Ha asistido a charlas o cursos sobre educación sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	

SECCIÓN 4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/>	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/> → PASE A 556																										
402	VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2006: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006 COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno																											
403	VEA EN 212 Y 216: PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2006, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE _____																								
404	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																								
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?	SI..... 1 (PASE A 408) ← NO 2	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO 2	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO 2																								
406	Deseaba tener un bebé más adelante o no quería tener (más) hijos?	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 408) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←	MÁS ADELANTE 1 NO MÁS HIJOS 2 (PASE A 430) ←																								
407	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998																								
408	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE), ¿Vio a alguien para control prenatal?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 415) ←																										
409	¿A quien vio para el control prenatal? SONDEE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MÉDICO A ENFERMERA B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO: X (ESPECIFIQUE)																										
410	¿Dónde recibió control prenatal para este embarazo? SONDEE: ¿Algun otro sitio? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO: F (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUERTO DE ONG J CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR K OTRO: X (ESPECIFIQUE)																										
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control prenatal por primera vez?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98																										
412	¿Cuántas veces tuvo control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98																										
413	Como parte de su control prenatal durante el embarazo de (NOMBRE), le hicieron algo de lo siguiente:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>A ¿La pesaron?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B ¿La midieron (talla)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Le tomaron la presión arterial?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Le hicieron un examen de orina?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Le hicieron un examen de sangre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Le midieron la barriga?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>				SI	NO	A ¿La pesaron?	1	2	B ¿La midieron (talla)?	1	2	C ¿Le tomaron la presión arterial?	1	2	D ¿Le hicieron un examen de orina?	1	2	E ¿Le hicieron un examen de sangre?	1	2	F ¿Le midieron la barriga?	1	2	G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	1	2
	SI	NO																										
A ¿La pesaron?	1	2																										
B ¿La midieron (talla)?	1	2																										
C ¿Le tomaron la presión arterial?	1	2																										
D ¿Le hicieron un examen de orina?	1	2																										
E ¿Le hicieron un examen de sangre?	1	2																										
F ¿Le midieron la barriga?	1	2																										
G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	1	2																										
413 H	¿Le dieron información sobre lactancia materna?	SI..... 1 NO..... 2																										
414	Durante cualquiera de sus controles prenatales, ¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																										

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿le pusieron una vacuna en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 418) ←		
416	Durante este embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica?	VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
417	VERIFIQUE EN 416: NÚMERO DE VACUNAS	2 O MÁS VECES <input type="text"/> OTRA <input type="text"/> (PASE A 421)		
418	¿En algún momento <u>antes</u> de este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 421) ←		
419	¿Cuántas vacunas antitetánicas recibió antes del embarazo de (NOMBRE)? SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
420	¿Hace cuántos años recibió usted la última vacuna antitetánica antes del embarazo de (NOMBRE)?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durante este embarazo, ¿Tomó hierro en jarabe o pastillas? MUESTRE PASTILLAS/JARABE	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 422A) ←		
422	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días tomó hierro en jarabe o pastillas? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	TOTAL DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
422A	Durante este embarazo, ¿Tomó pastillas prenatales? MUESTRE PASTILLAS PRENATALES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 423) ←		
422B	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días tomó pastillas prenatales? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	TOTAL DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
423	Durante este embarazo, ¿tomó algún medicamento contra los parásitos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
430	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE..... 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO..... 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
431	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 433) ←
432	¿Tiene usted la Tarjeta de Atención Integral del Niño o Niña o comprobante de peso de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES SÍ, SOLICÍTELA Y ANOTE EL PESO DEL NIÑO. SI NO TIENE TARJETA PREGUNTE: ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
433	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE. SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
434	<p>¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE</p>	<p>CASA</p> <p>DOMICILIO ENTREVISTADA... 11</p> <p>OTRO DOMICILIO..... 12</p> <p>(PASE A 438) ←</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL DE LA SS 21</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 22</p> <p>CLÍNICA MI DE LA SS 23</p> <p>CESAMO 24</p> <p>CESAR 25</p> <p>OTRO PÚBLICO: 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 31</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 32</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 33</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG 34</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 35</p> <p>OTRO PRIVADO: 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO LUGAR: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>(PASE A 438) ←</p>	<p>CASA</p> <p>DOMICILIO ENTREVISTADA... 11</p> <p>OTRO DOMICILIO..... 12</p> <p>(PASE A 448) ←</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL DE LA SS 21</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 22</p> <p>CLÍNICA MI DE LA SS 23</p> <p>CESAMO 24</p> <p>CESAR 25</p> <p>OTRO PÚBLICO: 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 31</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 32</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 33</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG 34</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 35</p> <p>OTRO PRIVADO: 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO LUGAR: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>(PASE A 448) ←</p>	<p>CASA</p> <p>DOMICILIO ENTREVISTADA... 11</p> <p>OTRO DOMICILIO..... 12</p> <p>(PASE A 448) ←</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL DE LA SS 21</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 22</p> <p>CLÍNICA MI DE LA SS 23</p> <p>CESAMO 24</p> <p>CESAR 25</p> <p>OTRO PÚBLICO: 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 31</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 32</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 33</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG 34</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 35</p> <p>OTRO PRIVADO: 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO LUGAR: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>(PASE A 448) ←</p>		
434A	<p>¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?</p> <p>SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE EN DÍAS.</p>	<p>HORAS 1 <input type="text"/></p> <p>DÍAS 2 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS 3 <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 998</p>				
435	<p>¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		
436	<p>Después que (NOMBRE) nació, pero antes de haber sido dada de alta ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>(PASE A 439) ←</p> <p>NO..... 2</p>				
437	<p>Después de haber sido dada de alta de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>(PASE A 439) ←</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 442) ←</p>				
438	<p>Después que (NOMBRE) nació, ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 442) ←</p>				
439	<p>¿Quién la atendió en ese momento?</p> <p>SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CALIFICADA</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMERA..... 12</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 13</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>PARTERA 21</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>				
440	<p>¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo?</p> <p>SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.</p>	<p>HORAS 1 <input type="text"/></p> <p>DÍAS 2 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS 3 <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 998</p>				
442	<p>En los dos meses siguientes al nacimiento de (NOMBRE), ¿algún trabajador de salud le chequeó la salud a (NOMBRE)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>(PASE A 446) ←</p>				
443	<p>¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo lugar el primer chequeo (del bebé)?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.</p>	<p>HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/></p> <p>DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 998</p>				

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO																			
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>																		
444	¿Quién la atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CALIFICADA	PERSONAL DE SALUD MÉDICO 11 ENFERMERA 12 AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13 OTRA PERSONA PARTERA 21 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																						
445	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	CASA DOMICILIO ENTREVISTADA.... 11 OTRO DOMICILIO..... 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS 21 HOSPITAL DEL IHSS 22 CLÍNICA MI DE LA SS 23 CESAMO 24 CESAR 25 OTRO: 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 31 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 32 CLÍNICA PRIVADA..... 33 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 34 CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR 35 OTRO: 36 (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR: 96 (ESPECIFIQUE)																						
445A	Durante el embarazo, parto o postparto, de (NOMBRE), usted presentó alguno de los siguientes problemas: A ¿Hemorragias? B ¿Hipertensión? C ¿Infección? D ¿Trabajo de parto prolongado? E ¿Alguna otra complicación?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>HEMORRAGIA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSIÓN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>INFECCIÓN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PARTO PROLONGADO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA COMPLICACIÓN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	HEMORRAGIA	1	2	HIPERTENSIÓN	1	2	INFECCIÓN	1	2	PARTO PROLONGADO	1	2	OTRA COMPLICACIÓN	1	2				
	SI	NO																						
HEMORRAGIA	1	2																						
HIPERTENSIÓN	1	2																						
INFECCIÓN	1	2																						
PARTO PROLONGADO	1	2																						
OTRA COMPLICACIÓN	1	2																						
446	En los primeros dos meses después del parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 (PASE A 447) ←																						
446A	Cuántas semanas después del parto ¿recibió una dosis de vitamina A?	SEMANAS DESPUÉS DEL PARTO <input type="text"/> NO SABE 98																						
447	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 449) ← NO..... 2 (PASE A 450) ←																						
448	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 452) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 452) ←																			
449	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																			
450	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 452)																						
451	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←																						
452	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98		MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98																			
453	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 455) ← NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2																			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
454	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 460) (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)		
455	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 458)		
457	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	AGUA SOLA..... A LECHE DE VACA..... B LECHE DE LATA/EN POLVO..... C LECHE DE CABRA..... D AGUA AZUCARADA..... E SOLUCIÓN DE AGUA/SAL/ AZÚCAR..... F JUGOS DE FRUTAS..... G TÉ/INFUSIÓN..... H CAFÉ..... I MIEL..... J OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
458	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS PASE A 501)
459	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2		
460	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón (pepe)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
471	¿Está (NOMBRE) en control de peso con la monitora o voluntaria de salud de su comunidad?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 474)	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 474)	SI..... 1 NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 474)
472	¿Cada cuánto lleva a (NOMBRE) a control de peso?	CADA MES..... 1 CADA DOS MESES..... 2 CADA TRES MESES..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	CADA MES..... 1 CADA DOS MESES..... 2 CADA TRES MESES..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	CADA MES..... 1 CADA DOS MESES..... 2 CADA TRES MESES..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)
473	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a llevarlo(a) a las sesiones de peso con la monitora o voluntaria de salud?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
474	(NOMBRE) tiene alguno de los siguientes problemas de salud: A ¿Dificultades en la visión? B ¿Problemas para moverse o caminar? C ¿Problemas para oír o escuchar? D ¿Retraso mental?	SI NO DIF. EN LA VISIÓN..... 1 2 PROB. PARA MOVERSE... 1 2 PROB. PARA OIR..... 1 2 RETRASO MENTAL..... 1 2	SI NO DIF. EN LA VISIÓN..... 1 2 PROB. PARA MOVERSE... 1 2 PROB. PARA OIR..... 1 2 RETRASO MENTAL..... 1 2	SI NO DIF. EN LA VISIÓN..... 1 2 PROB. PARA MOVERSE... 1 2 PROB. PARA OIR..... 1 2 RETRASO MENTAL..... 1 2
475		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIDOS VIVOS, PASE A 501

SECCIÓN 5. INMUNIZACIÓN Y SALUD

501	VERIFIQUE EN 215 LO(A)S NIÑO(A)S NACIDOS DESDE ENERO DEL 2006: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL.				
502	VEA EN 212 Y 216:	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	
503	DE 216, SI ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 553)	
504	¿Tiene usted el Carné Nacional de Vacunación o Tarjeta del Niño de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verlo por favor?	SÍ, VISTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ← NO TIENE 3	SÍ, VISTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ← NO TIENE 3	SÍ, VISTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 506) ← SÍ, NO VISTO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ← NO TIENE 3	
505	¿Tuvo usted alguna vez el Carné Nacional de Vacunación o Tarjeta del Niño de (NOMBRE)?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 509) ←	
506	1)COPIE DEL CARNÉ DE VACUNACIÓN Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2)ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI EL CARNÉ DE VACUNACIÓN MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA. VACUNAS BCG HEPATITIS B POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 PENTAVALENTE 1/ DPT PENTAVALENTE 2/ DPT PENTAVALENTE 3/ DPT SRP (SARAMPIÓN) ROTAVIRUS 1 ROTAVIRUS 2 NEUMOCOCO 1 NEUMOCOCO 2 NEUMOCOCO 3 VITAMINA A (DOSIS MÁS RECIENTE)	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> HEPB <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> PTA 1 <input type="text"/> PTA 2 <input type="text"/> PTA 3 <input type="text"/> SRP <input type="text"/> R 1 <input type="text"/> R 2 <input type="text"/> N 1 <input type="text"/> N 2 <input type="text"/> N 3 <input type="text"/> VIT A <input type="text"/>	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> HEPB <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> PTA 1 <input type="text"/> PTA 2 <input type="text"/> PTA 3 <input type="text"/> SRP <input type="text"/> R 1 <input type="text"/> R 2 <input type="text"/> N 1 <input type="text"/> N 2 <input type="text"/> N 3 <input type="text"/> VIT A <input type="text"/>	DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> HEPB <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> PTA 1 <input type="text"/> PTA 2 <input type="text"/> PTA 3 <input type="text"/> SRP <input type="text"/> R 1 <input type="text"/> R 2 <input type="text"/> N 1 <input type="text"/> N 2 <input type="text"/> N 3 <input type="text"/> VIT A <input type="text"/>	
507	VERIFIQUE 506:	BCG A N/COCO TODO REGISTRADO <input type="checkbox"/> (PASE A 511)	ALGUNAS VACUNAS NO REGISTRADAS <input type="checkbox"/>	BCG A N/COCO TODO REGISTRADO <input type="checkbox"/> (PASE A 511)	ALGUNAS VACUNAS NO REGISTRADAS <input type="checkbox"/>
508	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en este Carné de Vacunación o Tarjeta del Niño, incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación? REGISTRE 'SI' SOLAMENTE PARA QUIENES MENCIONAN VACUNAS INCLUIDAS EN LA PREGUNTA ANTERIOR	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 511) ← NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 511) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 511) ← NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 511) ←	SI..... 1 <input type="checkbox"/> (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 506. ANOTE "66" EN COLUMNA DÍA) (PASE A 511) ← NO..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 511) ←	

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
509	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas de vacunación? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←
510	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas:		
510A	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
510B	¿La vacuna HEPATITIS B, es una inyección que se aplica en el muslo para evitar infecciones en el hígado? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
510C	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510E) ←
510D	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO a (NOMBRE)? NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
510E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en el muslo, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510G) ←
510F	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna PENTAVALENTE a (NOMBRE)? NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
510G	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el sarampión? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
510H	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ROTAVIRUS, que son gotas que se aplican en la boca con una jeringa sin aguja? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510J) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 510J) ←
510I	¿Cuántas veces le dieron la vacuna ROTAVIRUS a (NOMBRE)? NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
510J	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna NEUMOCOCO, que es una inyección que se pone en el muslo? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 511) ←
510K	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna NEUMOCOCO a (NOMBRE)? NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
511	¿En los últimos seis meses (NOMBRE) recibió una dosis de vitamina A (como ésta/alguna de éstas)? MOSTRAR CÁPSULAS/JARABES SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
511A	¿Tiene usted la Tarjeta del Niño y Niña o tarjeta de peso de (NOMBRE)? SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE..... 3 (PASE A 512) ← SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla por favor?	SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE..... 3 (PASE A 512) ←	SI, VISTA..... 1 SI, NO VISTA..... 2 NO TIENE..... 3 (PASE A 512) ←
511B	REGISTRE NÚMERO DE CONTROLES Y/O PUNTOS MARCADOS EN LA CURVA NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE PUNTOS Y/O CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
512	¿En los últimos 7 días, (NOMBRE) tomó pastillas de hierro, granitos de hierro, jarabe de hierro como los que le muestro? MUESTRE PASTILLAS, JARABES MÁS COMUNES SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
513	¿Ha tomado (NOMBRE) algún medicamento para los parásitos intestinales en los últimos seis meses? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
514	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←
515	¿Había sangre en las evacuaciones de (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
515A	Durante la diarrea, ha tenido/tuvo (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias:			
		SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS
a	¿Adormecimiento/inconsciencia?	ADORMECIMIENTO1 2 8	ADORMECIMIENTO1 2 8	ADORMECIMIENTO1 2 8
b	¿Intranquilidad/irritabilidad?	INTRANQUILIDAD 1 2 8	INTRANQUILIDAD 1 2 8	INTRANQUILIDAD 1 2 8
c	¿Dificultad para tomar líquidos?	DIF. TOMAR LÍQUIDOS1 2 8	DIF. TOMAR LÍQUIDOS1 2 8	DIF. TOMAR LÍQUIDOS1 2 8
d	¿Piel reseca o arrugada?	PIEL RESECA1 2 8	PIEL RESECA1 2 8	PIEL RESECA1 2 8
e	¿Ojos hundidos y sin lágrimas?	OJOS HUNDIDOS1 2 8	OJOS HUNDIDOS1 2 8	OJOS HUNDIDOS1 2 8
f	¿Mollera hundida?	MOLLERA HUNDIDA1 2 8	MOLLERA HUNDIDA1 2 8	MOLLERA HUNDIDA1 2 8
g	¿Boca seca?	BOCA SECA1 2 8	BOCA SECA1 2 8	BOCA SECA1 2 8
h	¿Vómito/Vasca?	VÓMITO/VASCA1 2 8	VÓMITO/VASCA1 2 8	VÓMITO/VASCA1 2 8
i	¿Podía orinar?	PODÍA ORINAR1 2 8	PODÍA ORINAR1 2 8	PODÍA ORINAR1 2 8
j	¿Sed intensa?	SED INTENSA 1 2 8	SED INTENSA 1 2 8	SED INTENSA 1 2 8
516	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8
517	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dio la misma cantidad de comida que de costumbre, le dio más o le dio menos ? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8
518	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 522) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 522) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 522) ←
519	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD . G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD . G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA ATENC. INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO SALUD . G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE)
		SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE)	SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE)	SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA PRIVADA..... K CLÍNICA/PUESTO DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE)
		OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	OTRO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
520	VERIFIQUE EN 519 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 521A)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 521A)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 521A)
521	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 519	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
521A	¿Cuántos días después de que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE '00'	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
522	Le dio a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral o LITROSOL? B ¿Otros líquidos envasados o sueros comerciales (Pedialite, Oralite)?	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS O SUEROS1 2 8	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS SUEROS1 2 8	SI NO NS LITROSOL..... 1 2 8 OTROS LÍQUIDOS SUEROS1 2 8
522C	VERIFIQUE EN 522A SI EL NIÑO RECIBIÓ LITROSOL (CÓDIGO '1' CIRCULADO)	NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 523)	NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 523)	NO RECIBIÓ RECIBIÓ LITROSOL LITROSOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 523)
522D	¿Por qué no le dio LITROSOL? CIRCULE UNA SOLA RESPUESTA	NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO . 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98	NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO . 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98	NO TENÍA LITROSOL 01 NO SABÍA QUE ERA BUENO 02 NO LE TIENE FÉ/NO CURA/ NO SIRVE 03 NO ME LO RECETARON 04 NO LE GUSTA AL NIÑO 05 DIO OTRA CLASE DE MEDICINA 06 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD 07 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO 08 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO . 09 NO CONOCE LITROSOL 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 98
523	¿Le dio algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 525) ←
524	¿Qué (más) le dio para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN . H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN . H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE ANTIBIÓTICO A ANTIMOTÍLICO B ZINC C OTRA PASTILLA/JARABE D NO SABE TIPO PAST/JARABE ... E INYECCIÓN ANTIBIÓTICO F NO ANTIBIÓTICO G NO SABE TIPO DE INYECCIÓN . H OTRO SUERO INTRAVENOSO I PURGANTE/DESPARASITANTE J ANTIDIARREICOS K REMEDIOS CASEROS/MEDICI- NAS DE HIERBAS/TÉ L SOBADA M OTRO: X (ESPECIFIQUE)
525	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
527	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 530) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 530) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 530) ←
528	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 531) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 531) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 531) ←
529	¿La causa de la respiración rápida o agitada de (NOMBRE), ¿fue debido a algún problema en el pecho o porque (NOMBRE) tenía la nariz bloqueada o mucosa?	SÓLO PROBLEMA CON PECHO 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←	SÓLO PROBLEMA CON PECHO 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←	SÓLO PROBLEMA CON PECHO 1 SÓLO PROBLEMA EN NARIZ 2 PROBLEMA CON PECHO Y NARIZ 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8 (PASE A 531) ←

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
530	VERIFIQUE EN 525: SI EL NIÑO(A) TUVO FIEBRE	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI TUVO FIEBRE <input type="checkbox"/> NO TUVO/NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA CUEST. ADICIONAL. SI NO HAY MAS, PASE A 553)
531	Ahora me gustaría saber qué tanto le dio de beber a (NOMBRE) durante la enfermedad con (fiebre/tos). ¿Le dio la misma cantidad de líquidos que antes de la (fiebre/tos), más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LÍQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8
532	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo (fiebre/tos) ¿Le dio la misma cantidad de comida que de costumbre, le dio más o le dio menos ? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dio mucho menos comida de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA... 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA... 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 DEJO DE DARLE COMIDA... 5 NUNCA LE DIO COMIDA 6 NO SABE 8
533	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 537) ←
534	¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la (fiebre/tos)? INDAGUE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SS A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MI DE LA SS C CESAMO D CESAR E MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL F GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD G BRIGADA MÉDICA H OTRO PÚBLICO I (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL J CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... K CLÍNICA DE ONG L CONSULTORIO MEDICO/ MÉDICO PARTICULAR M FARMACIA N OTRO PRIVADO O (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO PARTERA P FAMILIARES Q OTRO: X (ESPECIFIQUE)
535	VERIFIQUE 534	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 536A)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 536A)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> SÓLO UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 536A)
536	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE EL CÓDIGO DE PREGUNTA 534	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>
536A	¿Cuántos días después de que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento?	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>
537	¿En cualquier momento durante la enfermedad, (NOMBRE) tomó algún medicamento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 503 EN PROXIMA COLUMNA; SI NO HAY MAS, PASE A 553)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS PASE A 553

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
538	¿Cuáles medicamentos tomó (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro medicamento? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G (ESPECIFIQUE)	MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G (ESPECIFIQUE)	MED. CONTRA LA MALARIA SP/FANSIDAR A CLOROQUINA/ARALEN B AMODIAQUINA C QUININA D COMBINACIÓN CON ARTESIMINA E PRIMAQUINA F OTRA G (ESPECIFIQUE)
		ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M REMEDIOS CASEROS N BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) O OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M REMEDIOS CASEROS N BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) O OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	ANTIBIÓTICOS JARABES/PASTILLAS H INYECCIONES I OTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA J ACETAMINOFEN K IBUPROFEN L ANTIGRIPALES/EXPECTO- RANTES MUCOLÍTICOS M REMEDIOS CASEROS N BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN) O OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z
552		REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 553	REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 553	PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS, PASE A 553

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
553	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN EL 2006 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE <input type="text"/> <input type="checkbox"/> DEL MÁS PEQUEÑO _____	NINGUNO <input type="checkbox"/>	556
554	¿La última vez que (NOMBRE) hizo pupú, usted qué hizo con las heces (materias fecales)?	EL NIÑO(A) USÓ EL SANITARIO O LETRINA..... 01 LA TIRÓ EN EL SANITARIO O LETRINA 02 LA TIRÓ EN UNA ZANJA O DESAGÜE..... 03 LA ARROJÓ A LA BASURA 04 LA ENTERRÓ 05 LA DEJÓ AL AIRE LIBRE 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
555	VERIFIQUE 522A Y 522B, TODOS LOS NIÑO(A): NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (LITROSOL) U OTROS SUEROS O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (LITROSOL) U OTROS SUEROS <input type="checkbox"/>	557
556	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado LITROSOL que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
557	VERIFIQUE 215 Y 218: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 2009 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA <input type="checkbox"/> UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO Y CONTINUE CON 558 _____	NINGUNO <input type="checkbox"/>	562
558	Ahora me gustaría preguntarle sobre los líquidos o alimentos que (NOMBRE) tomó y comió en el día de ayer durante el día o durante la noche, bien por separado o con otros alimentos. Consumió (NOMBRE):		
	a) ¿Agua (sin mezclar con nada)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
	b) ¿Jugo o licuados en agua?	b) 1 2 8	
	c) ¿Caldo claro/sopa?	c) 1 2 8	
	d) ¿Leche en lata, en polvo o leche fresca de animal?	d) 1 2 8	
	SI, SÍ: ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ LECHE <input type="checkbox"/>	
	e) ¿Leche de fórmula para bebé?	e) 1 2 8	
	SI, SÍ: ¿Cuántas veces le dio leche a (NOMBRE)? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES TOMÓ LECHE FÓRMULA <input type="checkbox"/>	
	f) ¿Cualquier otro líquido?	f) 1 2 8	
	g) ¿Yogurt o licuados en leche?	g) 1 2 8	
	SI, SÍ: ¿Cuántas veces le dio yogurt o licuados en leche a (NOMBRE)? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES TOMÓ YOGURT/LICUADO <input type="checkbox"/>	
	h) ¿Alimentos fortificados (enriquecidos, por ej: Cereal)?	h) 1 2 8	
	i) ¿Pan, arroz, fideos u otras comidas hechas de granos?	i) 1 2 8	
	j) ¿Calabaza, zanahorias, ayote u otras frutas con interior de color amarillo o naranja?	j) 1 2 8	
	k) ¿Papa, ñame, yuca, casave o alguna otra comida hecha de raíces?	k) 1 2 8	
	l) ¿Brocoli, espinaca, acelgas, chipilin u otro vegetal verde oscuro?	l) 1 2 8	
	m) ¿Mangos maduros, papayas, zapote, melón?	m) 1 2 8	
	n) ¿Otras frutas o vegetales?	n) 1 2 8	
	o) ¿Bofe, riñón, hígado, corazón u otra carne de órganos?	o) 1 2 8	
	p) ¿Carne de res, cerdo, cordero, cabra, conejo, carne de monte, pollo o pato?	p) 1 2 8	
	q) ¿Huevos?	q) 1 2 8	
	r) ¿Pescado seco o fresco, mariscos?	r) 1 2 8	
	s) ¿Alguna comida hecha con frijoles, guisantes, lentejas o nueces?	s) 1 2 8	
	t) ¿Queso u otro producto de leche?	t) 1 2 8	
	u) ¿Alguna otra comida sólida, semi-sólida, o alimentos blandos?	u) 1 2 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
559	VERIFIQUE 558 (CATEGORÍAS "g" HASTA "u"): NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	561
560	¿(NOMBRE) comió cualquier sólido, semisólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche? SI SÍ, SONDEE: ¿Qué tipo de sólido, semisólido o alimento blanco comió (NOMBRE) ayer?	SI..... 1 (VOLVER A 558, REGISTRO ALIMENTOS INGERIDOS AYER). NO..... 2	562
561	Cuántas veces (NOMBRE DE 557) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos ayer durante el día o durante la noche? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES <input type="checkbox"/> NO SABE 8	

SECCIÓN 5A. DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																						
562	VERIFIQUE 215, 217 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN EL 2006 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	NINGUNO <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	567																																																						
562A	SELECCIÓN DEL NIÑO(A) 1. Verifique en la portada el último dígito del número del recorrido y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la columna a usar en el cuadro. COLUMNA <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> 2. Verifique en la HISTORIA DE NACIMIENTOS (P212, 215 y 218) el total de niño(a)s nacidos a partir de Enero de 2006 que viven con la entrevistada. Escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la fila a usar. FILA <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> 3. Circule en el cuadro el número en la intersección de la correspondiente COLUMNA Y FILA . <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align:center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Número de niños Historia de Nacimientos</th> <th colspan="10">Último dígito del número del recorrido</th> </tr> <tr> <th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un niño</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>Dos niños</td> <td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>Tres niños y más</td> <td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td> </tr> </tbody> </table> 4. El número circulado le indica cuál niño de la Historia de Nacimientos es seleccionado para esta sección, es decir, <u>si es el primer niño, o el segundo o tercero</u> . Recuerde que el número en el cuadro no es equivalente al número de orden del niño. 5. Revise Historia de Nacimientos P212 para poder determinar el número de orden del niño seleccionado. Registre el número de orden en las siguientes casillas. NÚMERO DE ORDEN <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>			Número de niños Historia de Nacimientos	Último dígito del número del recorrido										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Un niño	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Dos niños	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	Tres niños y más	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Número de niños Historia de Nacimientos	Último dígito del número del recorrido																																																								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																															
Un niño	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																															
Dos niños	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1																																															
Tres niños y más	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2																																															
562B	NIÑO(A) SELECCIONADO	NOMBRE: _____ EDAD <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																																							
562C	¿Cuántos libros para niños o libros con dibujos tiene para (NOMBRE)?	NINGUNO 00 NÚMERO DE LIBROS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																																							
562D	Quisiera saber con cuáles cosas juega (NOMBRE) cuando está en casa: 1 ¿Juega con juguetes hechos en fabrica ? 2 ¿Juega con juguetes hechos en casa? 3 ¿Juega con objetos del hogar? 4 ¿Juega con objetos de origen natural?	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align:center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JUGUETES DE FABRICA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JUGUETES HECHOS EN CASA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OBJETOS DEL HOGAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OBJETOS ORIGEN NATURAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	NO SABE	JUGUETES DE FABRICA	1	2	8	JUGUETES HECHOS EN CASA	1	2	8	OBJETOS DEL HOGAR	1	2	8	OBJETOS ORIGEN NATURAL	1	2	8																																		
	SI	NO	NO SABE																																																						
JUGUETES DE FABRICA	1	2	8																																																						
JUGUETES HECHOS EN CASA	1	2	8																																																						
OBJETOS DEL HOGAR	1	2	8																																																						
OBJETOS ORIGEN NATURAL	1	2	8																																																						
562E	A veces los adultos que cuidan a los niños tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa o por otros motivos y deben dejar a los niños en casa. ¿Cuántos días en la última semana dejó a (NOMBRE) sólo durante más de una hora?	NINGÚN DÍA 0 NÚMERO DE DÍAS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> NO SABE 8																																																							
562F	¿Cuántos días en la última semana dejó a (NOMBRE) al cuidado de otro niño(a), es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?	NINGÚN DÍA 0 NÚMERO DE DÍAS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> NO SABE 8																																																							
563	VERIFIQUE 562B: EDAD 3 y MÁS AÑOS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	0, 1 ó 2 AÑOS <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	567																																																						
563A	Asiste (NOMBRE) a algún programa de aprendizaje organizado o de aprendizaje temprano, tal como un jardín infantil o cuidado infantil comunitario?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																																																							

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
564	En los últimos 3 días, ¿Usted o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades:		
A	¿Le leyó libros a (NOMBRE) o miró los dibujos de un libro con (NOMBRE)?	SI NO NO SABE LEYÓ LIBROS 1 2 8	
B	¿Le contó cuentos a (NOMBRE)?	CONTÓ CUENTOS 1 2 8	
C	¿Le cantó canciones a (NOMBRE) o cantó con (NOMBRE)?	CANTÓ CANCIONES 1 2 8	
D	¿Llevó a (NOMBRE) a pasear fuera de la casa?	LLEVÓ A PASEAR 1 2 8	
E	¿Jugó con (NOMBRE)?	JUGÓ CON NIÑO 1 2 8	
F	¿Dibujó cosas a (NOMBRE) o dibujó con (NOMBRE)?	DIBUJÓ COSAS 1 2 8	
565	En los últimos 3 días, ¿el padre de (NOMBRE) participó en alguna de las siguientes actividades:		
A	¿Le leyó libros a (NOMBRE) o miró los dibujos de un libro con (NOMBRE)?	SI NO NO SABE LEYÓ LIBROS 1 2 8	
B	¿Le contó cuentos a (NOMBRE)?	CONTÓ CUENTOS 1 2 8	
C	¿Le cantó canciones a (NOMBRE) o cantó con (NOMBRE)?	CANTÓ CANCIONES 1 2 8	
D	¿Llevó a (NOMBRE) a pasear fuera de la casa?	LLEVÓ A PASEAR 1 2 8	
E	¿Jugó con (NOMBRE)?	JUGÓ CON NIÑO 1 2 8	
F	¿Dibujó cosas a (NOMBRE) o dibujó con (NOMBRE)?	DIBUJÓ COSAS 1 2 8	
566A	¿Puede (NOMBRE) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566B	¿Puede (NOMBRE) leer al menos cuatro palabras sencillas, populares?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566C	¿Sabe (NOMBRE) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566D	¿Puede (NOMBRE) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566E	¿Es frecuente que (NOMBRE) deje de jugar por sentirse enfermo o débil?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566F	¿Puede (NOMBRE) obedecer instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566G	Cuando se le da algo para hacer, ¿puede (NOMBRE) hacerlo por sí sólo(a)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566H	¿(NOMBRE) se lleva bien con los otros niños?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566I	¿(NOMBRE) pateo, muerde o golpea a otros niños o adultos?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
566J	Cuando (NOMBRE) está haciendo algo, ¿pierde la concentración (atención) fácilmente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	

SECCIÓN 5B. AUTOPSIA VERBAL

567	VERIFIQUE 215 Y 216: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2006 Y QUE MURIÓ <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006 QUE MURIÓ <input type="checkbox"/> → PASE A 601																																																																																																																																						
568	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006 QUE MURIÓ. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS QUE MURIERON, UTILICE CUESTIONARIO ADICIONAL.																																																																																																																																							
569	VEA EN 212, 215 Y 216 PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2006, ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE QUIENES MURIERON	ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO <input type="text"/> NOMBRE _____																																																																																																																																				
570	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas para ver si podemos identificar en este estudio las causas de muerte de los niños menores de 6 años. ¿(NOMBRE) murió por algún accidente o por alguna enfermedad?	ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ←	ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ←	ACCIDENTE 1 ENFERMEDAD 2 (PASE A 572) ←																																																																																																																																				
571	¿Qué accidente tuvo? REGISTRE TEXTUALMENTE	_____ <input type="text"/> _____ _____ (PASE A 580)	_____ <input type="text"/> _____ _____ (PASE A 580)	_____ <input type="text"/> _____ _____ (PASE A 580)																																																																																																																																				
572	En sus palabras, ¿Qué es lo que más recuerda de esa enfermedad? REGISTRE TEXTUALMENTE	_____ <input type="text"/> _____ _____ _____	_____ <input type="text"/> _____ _____ _____	_____ <input type="text"/> _____ _____ _____																																																																																																																																				
573	Por favor dígame si durante la semana antes de morir (NOMBRE):	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Comió?</td> <td>COMIÓ</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Recibió leche materna?</td> <td>LECHE MATERNA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Recibió otras leches?</td> <td>OTRAS LECHES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Recibió otros líquidos?</td> <td>OTROS LÍQUIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Recibió sólidos o semisólidos?</td> <td>SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR	A	¿Comió?	COMIÓ	1 2 8	B	¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8	C	¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8	D	¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8	E	¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Comió?</td> <td>COMIÓ</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió leche materna?</td> <td>LECHE MATERNA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió otras leches?</td> <td>OTRAS LECHES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió otros líquidos?</td> <td>OTROS LÍQUIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió sólidos o semisólidos?</td> <td>SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR		¿Comió?	COMIÓ	1 2 8		¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8		¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8		¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8		¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Comió?</td> <td>COMIÓ</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió leche materna?</td> <td>LECHE MATERNA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió otras leches?</td> <td>OTRAS LECHES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió otros líquidos?</td> <td>OTROS LÍQUIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Recibió sólidos o semisólidos?</td> <td>SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR		¿Comió?	COMIÓ	1 2 8		¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8		¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8		¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8		¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8																																																												
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
A	¿Comió?	COMIÓ	1 2 8																																																																																																																																					
B	¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8																																																																																																																																					
C	¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8																																																																																																																																					
D	¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
E	¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
	¿Comió?	COMIÓ	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
	¿Comió?	COMIÓ	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió leche materna?	LECHE MATERNA	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió otras leches?	OTRAS LECHES	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió otros líquidos?	OTROS LÍQUIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Recibió sólidos o semisólidos?	SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS	1 2 8																																																																																																																																					
574	VEA EN HISTORIA DE NACIMIENTOS PREG. 220 SI NIÑO(A) MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 29 DÍAS DE EDAD	ANTES DE 29 DÍAS <input type="checkbox"/> 29 DÍAS O MÁS <input type="checkbox"/> (PASE A 578)	ANTES DE 29 DÍAS <input type="checkbox"/> 29 DÍAS O MÁS <input type="checkbox"/> (PASE A 578)	ANTES DE 29 DÍAS <input type="checkbox"/> 29 DÍAS O MÁS <input type="checkbox"/> (PASE A 578)																																																																																																																																				
575	¿Cuánto tiempo antes de nacer (NOMBRE) se le rompió la fuente (bolsa de agua)?	MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8	MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8	MINUTOS 1 HORAS 2 DÍAS 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ 4 NO SABE/NO RECUERDA 8																																																																																																																																				
576	Puede decirme si:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?</td> <td>SANGRADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?</td> <td>FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?</td> <td>DOLORES MAS DE 13 HORAS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿(NOMBRE) nació de pies?</td> <td>NACIÓ DE PIES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?</td> <td>ATRAVESADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?</td> <td>CORDÓN ENROLLADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?</td> <td>NIÑO NO PODÍA SALIR</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>¿Tuvieron que hacerle cesárea?</td> <td>CESÁREA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>¿Lloró (NOMBRE) al nacer?</td> <td>LLORÓ AL NACER</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?</td> <td>NIÑO MORADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR	A	¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8	B	¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8	C	¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8	D	¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8	E	¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8	F	¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8	G	¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8	H	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8	I	¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8	J	¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?</td> <td>SANGRADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?</td> <td>FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?</td> <td>DOLORES MAS DE 13 HORAS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) nació de pies?</td> <td>NACIÓ DE PIES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?</td> <td>ATRAVESADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?</td> <td>CORDÓN ENROLLADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?</td> <td>NIÑO NO PODÍA SALIR</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Tuvieron que hacerle cesárea?</td> <td>CESÁREA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Lloró (NOMBRE) al nacer?</td> <td>LLORÓ AL NACER</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?</td> <td>NIÑO MORADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR		¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8		¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8		¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8		¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8		¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8		¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8		¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8		¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8		¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8		¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">NS/ SI NO NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?</td> <td>SANGRADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?</td> <td>FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?</td> <td>DOLORES MAS DE 13 HORAS</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) nació de pies?</td> <td>NACIÓ DE PIES</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?</td> <td>ATRAVESADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?</td> <td>CORDÓN ENROLLADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?</td> <td>NIÑO NO PODÍA SALIR</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Tuvieron que hacerle cesárea?</td> <td>CESÁREA</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Lloró (NOMBRE) al nacer?</td> <td>LLORÓ AL NACER</td> <td>1 2 8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?</td> <td>NIÑO MORADO</td> <td>1 2 8</td> </tr> </table>				NS/ SI NO NR		¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8		¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8		¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8		¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8		¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8		¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8		¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8		¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8		¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8		¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
A	¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8																																																																																																																																					
B	¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8																																																																																																																																					
C	¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8																																																																																																																																					
D	¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8																																																																																																																																					
E	¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8																																																																																																																																					
F	¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8																																																																																																																																					
G	¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8																																																																																																																																					
H	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8																																																																																																																																					
I	¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8																																																																																																																																					
J	¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8																																																																																																																																					
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
	¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8																																																																																																																																					
			NS/ SI NO NR																																																																																																																																					
	¿Estaba usted sangrando en los últimos días del embarazo?	SANGRADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Tenía usted fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?	FIEBRE/CALENTURA/VÓMITOS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Los dolores del parto duraron más de 13 horas?	DOLORES MAS DE 13 HORAS	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) nació de pies?	NACIÓ DE PIES	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) estaba atravesado(a)?	ATRAVESADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?	CORDÓN ENROLLADO	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Durante el parto, (NOMBRE) se trabó y no podía salir?	NIÑO NO PODÍA SALIR	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	CESÁREA	1 2 8																																																																																																																																					
	¿Lloró (NOMBRE) al nacer?	LLORÓ AL NACER	1 2 8																																																																																																																																					
	¿(NOMBRE) se veía como morado(a) al nacer?	NIÑO MORADO	1 2 8																																																																																																																																					

		ÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ		PENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO QUE MURIÓ	
		NÚMERO DE ORDEN		NÚMERO DE ORDEN		NÚMERO DE ORDEN	
		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
577	Durante los días antes de que muriera (NOMBRE):		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR
A	¿Podía mamar?	PODÍA MAMAR	1 2 8	PODÍA MAMAR	1 2 8	PODÍA MAMAR	1 2 8
B	¿Tenía los labios azules o morados?	LABIOS AZULES	1 2 8	LABIOS AZULES	1 2 8	LABIOS AZULES	1 2 8
C	¿Tenía el pecho hundido?	PECHO HUNDIDO	1 2 8	PECHO HUNDIDO	1 2 8	PECHO HUNDIDO	1 2 8
D	¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa, cansada?	RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA	1 2 8	RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA	1 2 8	RESPIRACIÓN DIFÍCIL/RÁPIDA	1 2 8
E	¿Tenía tos?	TOS	1 2 8	TOS	1 2 8	TOS	1 2 8
F	¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días?	FIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS	1 2 8	FIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS	1 2 8	FIEBRE POR MÁS DE DOS DÍAS	1 2 8
G	¿Tuvo diarrea, es decir evacuaciones líquidas más seguido que lo normal? ¿Cuántas veces en 24 horas? ¿Tenía moco o sangre en la diarrea?	DIARREA	1 2 8	DIARREA	1 2 8	DIARREA	1 2 8
H	¿Tenía vómitos?	NO. DE VECES		NO. DE VECES		NO. DE VECES	
I	¿Tenía la piel reseca o arrugada?	MOCO/SANGRE	1 2 8	MOCO/SANGRE	1 2 8	MOCO/SANGRE	1 2 8
J	¿Tenía los ojos hundidos?	VÓMITOS	1 2 8	VÓMITOS	1 2 8	VÓMITOS	1 2 8
K	¿Tenía la mollera hundida?	PIEL RESECA	1 2 8	PIEL RESECA	1 2 8	PIEL RESECA	1 2 8
L	¿Podía orinar?	OJOS HUNDIDOS	1 2 8	OJOS HUNDIDOS	1 2 8	OJOS HUNDIDOS	1 2 8
M	¿Tenía la espalda dura o como doblada?	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8
N	¿Tenía infección en el ombligo?	PODÍA ORINAR	1 2 8	PODÍA ORINAR	1 2 8	PODÍA ORINAR	1 2 8
O	¿Tenía convulsiones o ataques?	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8
P	¿Podía abrir la boca para llorar?	INF. EN OMBLIGO	1 2 8	INF. EN OMBLIGO	1 2 8	INF. EN OMBLIGO	1 2 8
Q	¿Podía mover las piernas?	CONVULSIONES	1 2 8	CONVULSIONES	1 2 8	CONVULSIONES	1 2 8
R	¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?	PODÍA LLORAR	1 2 8	PODÍA LLORAR	1 2 8	PODÍA LLORAR	1 2 8
		MOVER PIERNAS	1 2 8	MOVER PIERNAS	1 2 8	MOVER PIERNAS	1 2 8
		ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8	ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8	ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8
577S		PASE A 579		PASE A 579		PASE A 579	
578	Durante la semana antes de que muriera (NOMBRE):		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR
A	¿Podía mamar?	PODÍA MAMAR ...	1 2 8	PODÍA MAMAR ...	1 2 8	PODÍA MAMAR ...	1 2 8
B	¿Tenía el pecho hundido?	PECHO HUNDIDO	1 2 8	PECHO HUNDIDO	1 2 8	PECHO HUNDIDO	1 2 8
C	¿Tenía la respiración ruidosa, difícil o cansada?	RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ...	1 2 8	RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ...	1 2 8	RESPIRACIÓN RUIDOSA/DIFÍCIL ...	1 2 8
D	¿Tenía tos convulsiva (como chifladera)?	TOS CONVULSIVA	1 2 8	TOS CONVULSIVA	1 2 8	TOS CONVULSIVA	1 2 8
E	¿Tenía los labios azules o morados?	LABIOS AZULES	1 2 8	LABIOS AZULES	1 2 8	LABIOS AZULES	1 2 8
F	¿Tenía fiebre o calentura alta por más de dos días?	FIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS	1 2 8	FIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS	1 2 8	FIEBRE POR MAS DE DOS DÍAS	1 2 8
G	¿Tenía temblores?	TEMBLORES	1 2 8	TEMBLORES	1 2 8	TEMBLORES	1 2 8
H	¿Tenía escalofríos?	ESCALOFRIOS	1 2 8	ESCALOFRIOS	1 2 8	ESCALOFRIOS	1 2 8
I	¿Sudaba mucho?	SUDOR	1 2 8	SUDOR	1 2 8	SUDOR	1 2 8
J	¿Tenía los ojos rojos y llorosos?	OJOS ROJOS	1 2 8	OJOS ROJOS	1 2 8	OJOS ROJOS	1 2 8
K	¿Tenía erupciones o ronchas en la piel?	ERUPCIONES	1 2 8	ERUPCIONES	1 2 8	ERUPCIONES	1 2 8
L	¿Tenía heridas o rajaduras en los labios?	HERIDAS LABIOS	1 2 8	HERIDAS LABIOS	1 2 8	HERIDAS LABIOS	1 2 8
M	¿Tenía la piel reseca o arrugada?	PIEL RESECA	1 2 8	PIEL RESECA	1 2 8	PIEL RESECA	1 2 8
N	¿Tenía los ojos hundidos?	OJOS HUNDIDOS	1 2 8	OJOS HUNDIDOS	1 2 8	OJOS HUNDIDOS	1 2 8
O	¿Tenía la mollera hundida?	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8	MOLLERA HUNDIDA .	1 2 8
P	¿Tuvo diarrea, es decir evacuaciones líquidas más seguido que lo normal? ¿Cuántas veces en 24 horas? ¿Tenía moco o sangre en la diarrea?	DIARREA	1 2 8	DIARREA	1 2 8	DIARREA	1 2 8
Q	¿Tenía vómitos?	NO. DE VECES		NO. DE VECES		NO. DE VECES	
R	¿Tenía vómitos después de toser?	MOCO/SANGRE	1 2 8	MOCO/SANGRE	1 2 8	MOCO/SANGRE	1 2 8
S	¿Tenía el estómago hinchado?	VÓMITOS	1 2 8	VÓMITOS	1 2 8	VÓMITOS	1 2 8
T	¿Podía orinar?	VÓMITO DES. TOSER	1 2 8	VÓMITO DES. TOSER	1 2 8	VÓMITO DES. TOSER	1 2 8
U	¿Tenía la espalda dura o como doblada?	EST. HINCHADO	1 2 8	EST. HINCHADO	1 2 8	EST. HINCHADO	1 2 8
V	¿Tenía convulsiones o ataques?	PODÍA ORINAR	1 2 8	PODÍA ORINAR	1 2 8	PODÍA ORINAR	1 2 8
W	¿Podía abrir la boca para llorar?	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8	ESPALDA DURA/ DOBLADA	1 2 8
X	¿Podía mover las piernas?	CONVULSIONES	1 2 8	CONVULSIONES	1 2 8	CONVULSIONES	1 2 8
Y	¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?	PODÍA LLORAR	1 2 8	PODÍA LLORAR	1 2 8	PODÍA LLORAR	1 2 8
		MOVER PIERNAS	1 2 8	MOVER PIERNAS	1 2 8	MOVER PIERNAS	1 2 8
		ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8	ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8	ANORMALIDAD CUERPO/CABEZA ..	1 2 8
579	¿Cuáles de las siguientes vacunas recibió (NOMBRE):		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR		NS/ SI NO NR
A	BCG?	BCG	1 2 8	BCG	1 2 8	BCG	1 2 8
B	HEPATITIS B	HEPATITIS B	1 2 8	HEPATITIS B	1 2 8	HEPATITIS B	1 2 8
C	POLIO?	POLIO	1 2 8	POLIO	1 2 8	POLIO	1 2 8
D	PENTA/VALENTE/DPT?	PENTA/DPT	1 2 8	PENTA/DPT	1 2 8	PENTA/DPT	1 2 8
E	SRP/Sarampión?	SRP/SARAMPIÓN	1 2 8	SRP/SARAMPIÓN	1 2 8	SRP/SARAMPIÓN	1 2 8
F	ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	1 2 8	ROTAVIRUS	1 2 8	ROTAVIRUS	1 2 8
G	NEUMOCOCO	NEUMOCOCO	1 2 8	NEUMOCOCO	1 2 8	NEUMOCOCO	1 2 8
580	Para la enfermedad/accidente de que murió (NOMBRE), ¿lo llevó usted a un hospital, clínica, centro de salud o médico?	SI	1	SI	1	SI	1
		NO	2	NO	2	NO	2
		(PASE A 583B) ←		(PASE A 583B) ←		(PASE A 583B) ←	

SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	604 604
602	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	612
603	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	609
604	¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
605	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... [] [] []	
609	¿Ha estado usted casada o en unión libre, sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
610	VERIFIQUE 609: CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo o compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?	MES..... [] [] [] NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... [] [] [] [] NO SABE EL AÑO..... 9998	612
611	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... [] [] []	
612	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
613	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA HA TENIDO 00 EDAD EN AÑOS [] [] [] CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95	613C 613C
613A	VERIFIQUE EN 103 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>		628
613B	¿Tiene intenciones de esperar hasta que se case para tener relaciones sexuales por primera vez?	SI 1 NO 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA 8	628
613C	VERIFIQUE EN 103 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>		614
613D	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	613H
613E	Usted o su pareja usaron algún otro método anticonceptivo?	SI..... 1 NO..... 2	613G
613F	¿Cuál método usó (usaron) en esa primera relación sexual?	OPERACIÓN MASCULINA 01 DIU..... 02 INYECCIÓN 03 PASTILLAS..... 04 CONDÓN FEMENINO 05 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 06 RITMO..... 07 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 08 RETIRO..... 09 OTRO MÉTODO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	613H

		ÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	PENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO COMPAÑERO SEXUAL
616	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona?		DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona ¿usaron condón?	SI 1 NO..... 2 (PASE A 619) ←	SI 1 NO..... 2 (PASE A 619) ←	SI 1 NO..... 2 (PASE A 619) ←
618	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI 1 NO..... 2	SI 1 NO..... 2	SI 1 NO..... 2
619	¿Cuál es su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales? SI ES EL "NOVIO/ENAMORADO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/enamorado viviendo con usted cuando tuvo relaciones sexuales? SI "SI", MARQUE "02" SI "NO", MARQUE "03"	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 NOVIO/ENAMORADO 03 AMIGO 04 CONOCIDO CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADOR SEXUAL 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 NOVIO/ENAMORADO 03 AMIGO 04 CONOCIDO CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADOR SEXUAL 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←	ESPOSO 01 COMPAÑERO 02 NOVIO/ENAMORADO 03 AMIGO 04 CONOCIDO CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADOR SEXUAL 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 622) ←
620	VERIFIQUE 609:	CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ <input type="text"/> CASADA/UNIDA MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622)	CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ <input type="text"/> CASADA/UNIDA MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622)	CASADA/UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ <input type="text"/> CASADA/UNIDA MÁS DE UNA VEZ <input type="text"/> (PASE A 622)
621	VERIFIQUE 613:	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIÓ <input type="text"/> OTRA RESPUESTA <input type="text"/> (PASE A 623)	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIÓ <input type="text"/> OTRA RESPUESTA <input type="text"/> (PASE A 623)	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASO/UNIÓ <input type="text"/> OTRA RESPUESTA <input type="text"/> (PASE A 623)
622	¿Durante cuánto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI SOLAMENTE UNA VEZ, REGISTRE '01' DÍAS	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con esta persona? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE VECES ES 95 O MÁS ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>
624	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98
625	¿Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI 1 (REGRESE A 616 EN PRÓXIMA COLUMNA) NO..... 2 (PASE A 627) ←	SI 1 (REGRESE A 616 EN PRÓXIMA COLUMNA) NO..... 2 (PASE A 627) ←	
626	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES 95 O MÁS, REGISTRE '95'.			NÚMERO DE PAREJAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
627	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en su vida? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES DE 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE PAREJAS EN LA VIDA..... <input type="text"/> NO SABE 98													
628	PRESENCIA DE OTROS DURANTE ESTA SECCIÓN	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS < 10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMBRES ADULTOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUJERES ADULTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NIÑOS < 10	1	2	HOMBRES ADULTOS	1	2	MUJERES ADULTAS	1	2	
	SI	NO													
NIÑOS < 10	1	2													
HOMBRES ADULTOS	1	2													
MUJERES ADULTAS	1	2													
629	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	→ 632												
630	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO PÚBLICO: _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUESTO DE ONG J PUESTO DE ASHONPLAFA K FARMACIA L PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS M OTRAS FUENTES PULPERIA/SUPERMERCADO N IGLESIA O AMIGOS Y FAMILIARES P PARTERA Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)													
631	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA 8													
632	VERIFIQUE EN 103 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS	15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ 701												
632A	En su opinión, ¿Cuál es el método anticonceptivo más apropiado para los adolescentes?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 OPERACIÓN MASCULINA 02 DIU 03 INYECCIÓN 04 IMPLANTES 05 PASTILLAS..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 RETIRO..... 12 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 13 PASTILLA DE EMERGENCIA 14 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98													
632B	¿Qué edad tenía usted cuando le vino la regla o menstruación por primera vez?	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO 96 NO SABE/NO RECUERDA 98													

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 304: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	712
702	VERIFIQUE 226: EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	704
703	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO 1 → NO MÁS HIJOS 2 → INDECISA/NO SABE 8 →	705 711 711
704	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?	TENER (UN / OTRO) HIJO 1 NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 INDECISA/NO SABE 8	707 712 710
705	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (un/otro) hijo? Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	710 712 710 710 710
706	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	711
707	VERIFIQUE 303 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	712
708	VERIFIQUE 705: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	00 - 23 MESES O 00 - 01 AÑOS <input type="checkbox"/>	711
709	VERIFIQUE 703 Y 704: QUIERE TENER UN (OTRO) HIJO <input type="checkbox"/> NO QUIERE MÁS HIJOS <input type="checkbox"/> Usted dice que no quiere tener un (otro) hijo pronto, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me puede decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO EN UNION A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA D INFERTILIDAD MUJER..... E AMENORREA POSTPARTO..... F LACTANCIA..... G FATALISTA..... H OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... I MARIDO SE OPONE..... J OTROS SE OPONEN..... K PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... L FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... M NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... N RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: EFECTOS SECUNDARIOS O RAZONES DE SALUD O FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS P MUY COSTOSO..... Q MÉTODO PREFERIDO NO ESTÁ DISPONIBLE R NINGÚN MÉTODO DISPONIBLE S USO INCONVENIENTE T INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO U OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
710	VERIFIQUE EN 303 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		712
711	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	711C 711C
711A	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 OPERACIÓN MASCULINA..... 02 DIU..... 03 INYECCIÓN..... 04 IMPLANTES..... 05 PASTILLAS..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 RETIRO..... 12 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA/NO SABE..... 98	712 712
711B	¿A dónde iría Ud. para obtener el método? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD..... 11 HOSPITAL DEL IHSS..... 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS..... 13 CESAMO..... 14 CESAR..... 15 OTRO PÚBLICO: _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL..... 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 22 CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 24 PUESTO DE ASHONPLAFA..... 25 FARMACIA..... 26 OTRO PRIVADO: _____ 27 (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE PULPERIA/SUPERMERCADO..... 31 IGLESIA..... 32 AMIGO/PARIENTE..... 33 PARTERA..... 34 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	712
711C	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
711D	VERIFIQUE EN 711C SI LA RESPUESTA ES "NO EN UNIÓN" NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>	712												
711E	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8													
712	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 NÚMERO..... <input type="text"/> OTRA RESPUESTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	714 714												
713	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE MUJER CUALQUIERA NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)													
714	En los últimos meses: ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICOS / REVISTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	RADIO	1	2	TELEVISIÓN	1	2	PERIÓDICOS / REVISTAS	1	2	
	SI	NO													
RADIO	1	2													
TELEVISIÓN	1	2													
PERIÓDICOS / REVISTAS	1	2													
715	En los últimos meses: ¿Usted ha leído en trífolios y/o afiches algo sobre planificación familiar? ¿Usted ha visto o leído en otro medio algo sobre planificación familiar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>TRIFOLIOS Y/O AFICHES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRO MEDIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	TRIFOLIOS Y/O AFICHES	1	2	OTRO MEDIO	1	2				
	SI	NO													
TRIFOLIOS Y/O AFICHES	1	2													
OTRO MEDIO	1	2													
716	VERIFIQUE 601: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		801												
717	VERIFIQUE 303 SI USA ACTUALMENTE? ACTUALMENTE USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO USA MÉTODO NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>		720												
717A	¿Su esposo/compañero sabe que usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8													
718	¿Usted diría que el uso de anticoncepción fue su decisión, la de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)													
719	VERIFIQUE 304: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		801												
720	¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO 1 MÁS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 8													

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
801	VERIFIQUE 601, 602: ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		803 807																											
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/>																												
803	¿Su (última) pareja (esposo o compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI.....1 NO.....2	806																											
804	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que su esposo/compañero aprobó y en qué nivel? SONDEE: SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">NIVEL</td> <td align="center">GRADO</td> </tr> <tr> <td>PRE-ESCOLAR.....</td> <td align="center">1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)</td> <td align="center">2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA CICLO COMÚN</td> <td align="center">3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO</td> <td align="center">4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO SUPERIOR</td> <td align="center">5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA</td> <td align="center">6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA</td> <td align="center">7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO</td> <td align="center">8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NIVEL	GRADO	PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)	2	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL	GRADO																												
PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA - BÁSICA (1 - 9 AÑOS)	2	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>																												
TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>																												
806	VERIFIQUE 801: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? ¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																												
807	Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	811																											
808	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia. ¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos en los últimos 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	811																											
809	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿Tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	811																											
810	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	815																											
811	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) usted principalmente?	<input type="text"/> (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																												
812	¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3																												
813	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																												
814	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4																												
815	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE CASADA UNIDA <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		823																											
816	VERIFIQUE 814: CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>		819																											
817	Quién decide cómo se gasta el dinero que usted gana (ganaba): ¿usted, su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
818	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MAS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MAS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 NO SABE 8	820
819	¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su (esposo/compañero) gana: usted, su (esposo/compañero) o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
820	¿Quién normalmente toma la decisión sobre la atención médica para usted; usted, su (esposo/compañero), usted y su (esposo/compañero) conjuntamente o alguien más?	ENTREVISTADA 1 COMPAÑERO 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
821	¿Quién por lo general toma la decisión sobre compras importantes del hogar?	ENTREVISTADA 1 COMPAÑERO 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
822	¿Quién por lo general toma la decisión sobre visitas a su familia o parientes?	ENTREVISTADA 1 COMPAÑERO 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 ALGUIEN MÁS 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
823	¿Usted es dueña de esta casa? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADA 1 ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 2 NO 3	
823A	¿Usted es dueña de otra casa? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADA 1 ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 2 NO 3	
824	¿Usted es dueña de alguna tierra? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADA 1 ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 2 NO 3	
824A	Por favor, dígame si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:		
1	Los niño(a)s deben recibir educación sexual en las escuelas	EDUC. SEXUAL NIÑOS 1	SI NO NS 2 8
2	Los jóvenes adolescentes deben recibir educación sexual en los colegios.	EDUC. SEXUAL JÓVENES 1	2 8
3	La Secretaría de Salud debe desarrollar materiales y programas de educación sexual para la población en general.	MATERIALES/PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL 1	2 8
4	Deben existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes.	PROGRAMAS DE PF PARA JÓVENES 1	2 8
5	Los hombres necesitan aceptar más la responsabilidad por la planificación familiar.	RESP. HOMBRES POR PLANIFICACIÓN FLIAR 1	2 8
6	Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por el hombre.	DECISIONES LAS TOMA EL HOMBRE 1	2 8
7	Si la mujer trabaja fuera de la casa, el esposo debe ayudar en las labores de la casa.	ESPOSO DEBE AYUDAR EN CASA 1	2 8
825	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO. DETERMINE SI ESTAN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O NO HAY NADIE PRESENTE	PRESENTES, ESCUCHAN NIÑOS < 10 1 ESPOSO 1 OTROS VARONES 1 OTRAS MUJERES 1	PRESENTES, NO ESCUCHAN PRES. 2 8 2 8 2 8 2 8
826	En su opinión, se justifica que un esposo/compañero golpee a la esposa en las siguientes situaciones:		
A	¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?	SI ELLA SALE 1	SI NO N/S 2 8
B	¿Si ella descuida/desatiende los niños?	DESCUIDA LOS NIÑOS 1	2 8
C	¿Si ella discute con él?	DISCUTE CON ÉL 1	2 8
D	¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él?	NO SEXO 1	2 8
E	¿Si ella deja quemar la comida?	QUEMA LA COMIDA 1	2 8

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
901	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído hablar del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	937																				
902	Por favor dígame si está de acuerdo o no con las siguientes frases: A Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual. B Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una pareja sexual fiel. C Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga SIDA D Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no tenga SIDA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UNA SOLA PAREJA SEXUAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UNA PAREJA SEXUAL FIEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UNA SOLA PAREJA SEXUAL FIEL NO TENGA SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	UNA SOLA PAREJA SEXUAL	1	2	8	UNA PAREJA SEXUAL FIEL	1	2	8	UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA SIDA	1	2	8	UNA SOLA PAREJA SEXUAL FIEL NO TENGA SIDA	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																				
UNA SOLA PAREJA SEXUAL	1	2	8																				
UNA PAREJA SEXUAL FIEL	1	2	8																				
UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA SIDA	1	2	8																				
UNA SOLA PAREJA SEXUAL FIEL NO TENGA SIDA	1	2	8																				
903	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
904	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
905	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
905A	¿Pueden las personas protegerse de infectarse del el virus que causa el SIDA, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
906	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA, debido a brujerías o medios sobrenaturales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
907	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
908	El virus que causa el SIDA puede ser transmitido de una madre a su bebé: ¿Durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante la lactancia?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8					
	SI	NO	NO SABE																				
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																				
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																				
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																				
909	VERIFIQUE 908: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		910A																				
910	¿Sabe usted si existen medicamentos especiales que un médico o una enfermera pueden dar a una mujer infectada con el virus que causa el SIDA para reducir el riesgo de infectar al bebé?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
910A	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE CASADA/ EN UNIÓN <input type="checkbox"/> NO CASADA/ NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		911																				
910B	¿Alguna vez, Ud. ha hablado con su esposo/compañero sobre las formas de evitar infectarse del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2																					
911	VERIFIQUE 208 Y 215: ÚLTIMO NACIMIENTO ENERO DE 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> NO NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> ÚLTIMO NACIMIENTO ANTES ENERO DE 2006 <input type="checkbox"/>		926																				
912	VERIFIQUE 408 ÚLTIMO NACIMIENTO SI CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> NO CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/>		920																				
913	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD.																						
914	Durante cualquiera de sus controles prenatales en su su último embarazo, recibió consejería sobre: A ¿Las formas en que se transmite el SIDA de la madre al bebé? B ¿Las cosas que usted puede hacer para evitar la infección del virus que causa el SIDA? C ¿La prueba para detectar el virus que causa el SIDA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MADRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COSAS QUE HACER</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA DEL SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	SIDA DE LA MADRE	1	2	8	COSAS QUE HACER	1	2	8	PRUEBA DEL SIDA	1	2	8					
	SI	NO	NO SABE																				
SIDA DE LA MADRE	1	2	8																				
COSAS QUE HACER	1	2	8																				
PRUEBA DEL SIDA	1	2	8																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
915	¿Le ofrecieron hacerle la prueba del VIH/SIDA, como parte de su control prenatal?	SI..... 1 NO..... 2	
916	No quiero saber los resultados, ¿pero le hicieron la prueba del VIH/SIDA como parte de su control prenatal?	SI..... 1 NO..... 2	920
917	¿Dónde se hizo la prueba? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 LABORATORIO DE LA SS 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA MÉDICO/PRIVADO 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CRUZ ROJA 25 LABORATORIO PRIVADO 26 OTRO PRIVADO: 27 (ESPECIFIQUE) OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
918	No quiero saber los resultados, ¿pero recibió los resultados de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2	924
919	Después de que le hicieron la prueba, ¿recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	924
920	VERIFIQUE 434 ÚLTIMO NACIMIENTO CUALQUIER CÓDIGO <input type="checkbox"/> 21-36 EN UN CÍRCULO OTROS <input type="checkbox"/> CÓDIGOS		926
921	Entre el momento en que ingreso al servicio de salud y antes de que el bebé naciera, ¿le ofrecieron hacerle la prueba del virus del VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
922	No quiero saber los resultados, ¿pero le hicieron la prueba del VIH/SIDA en ese momento?	SI..... 1 NO..... 2	926
922A	Antes de que le hicieran la prueba, ¿recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
923	No quiero saber los resultados, ¿pero recibió los resultados de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2	924
923A	Después de que le hicieron la prueba, ¿recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
924	Usted se hizo la prueba del VIH/SIDA durante el embarazo de (NOMBRE), ¿después se ha hecho otra prueba?	SI..... 1 NO..... 2	926A
925	¿Hace cuántos meses que se hizo la prueba, la última vez?	MESES <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95	931B
926	No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	930
926A	¿Hace cuántos meses que se hizo la prueba, la última vez?	MESES <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95	
927	Antes de que le hicieran la prueba, ¿recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
928	No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2	
929	¿Dónde se hizo la prueba? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 LABORATORIO DE LA SS 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA MÉDICO/PRIVADO 23 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24 CRUZ ROJA 25 LABORATORIO PRIVADO 26 OTRO PRIVADO: 27 (ESPECIFIQUE) OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
929A	Después de que le hicieron la prueba, ¿recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	931B
930	¿Sabe de algún lugar donde la gente pueda ir a hacerse la prueba del VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	931A
931	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE _____	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E LABORATORIO DE LA SS F OTRO PÚBLICO: _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL H CLÍNICA DE ASHONPLAFA I CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... J CLÍNICA/PUERTO DE ONG K CRUZ ROJA L LABORATORIO PRIVADO M FARMACIA N OTRO PRIVADO: _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
931A	¿Le gustaría que le hicieran la prueba del VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
931B	¿Usted cree que está en riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	931D 932
931C	¿Por qué cree que está en riesgo? SONDEE: ¿Alguna otra razón?	PAREJA NO USA CONDÓN A TIENE VARIAS PAREJAS B ESPOSO/COMPAÑERO TIENE VARIAS PAREJAS C PAREJA TIENE REL. CON HOMOSEXUALES D HA TENIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE E LE HAN APLICADO INYECCIONES F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	932
931D	¿Por qué cree que no está en riesgo? SONDEE: ¿Alguna otra razón?	NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A USA CONDÓN CUANDO TIENE REL. SEXUAL B SÓLO TIENE UNA PAREJA C PAREJA NO TIENE REL. CON HOMOSEXUALES ... D NO HA TENIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE E NO LE HAN APLICADO INYECCIONES F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
932	¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
933	Si algún miembro de su familia se infectara con el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
934	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo(a) en su propia casa?	SI 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
935	En su opinión, si una profesora tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enferma, ¿Se le debería permitir a ella seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
936	¿Se le debe hablar a los niños entre 12-14 años de edad sobre el uso del condón para protegerse del virus que causa el SIDA?	SI 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 8	
937	VERIFIQUE 901: HA OÍDO HABLAR DE SIDA <input type="checkbox"/> NO HA OÍDO DE SIDA <input type="checkbox"/> Aparte del SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)? ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI 1 NO..... 2	
938	VERIFIQUE 613: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>		946

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
939	VERIFIQUE 937: HA OÍDO HABLAR DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		941
940	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido usted una infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
941	Algunas veces las mujeres experimentan una secreción anormal de mal olor. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido una secreción (flujo) genital anormal de mal olor?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
942	Algunas veces las mujeres tienen llagas o úlceras en sus genitales. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido una llaga o úlcera en sus genitales?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
942A	Algunas veces las mujeres presentan verrugas en sus genitales. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido alguna verruga (coliflor, caballito) en sus genitales?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
943	VERIFIQUE 940, 941, 942 Y 942A: HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCIÓN / NO SABE <input type="checkbox"/>		945C
944	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 940/ 941/ 942/942A), ¿buscó usted consejo o tratamiento?	SI 1 NO..... 2	945A
945	¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento? SONDEE: ¿Algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLINICA, PUBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE _____	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E LABORATORIO DE LA SS F OTRO PÚBLICO: _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL H CLÍNICA DE ASHONPLAFA I CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO J CLÍNICA/PUERTO DE ONG K CRUZ ROJA L LABORATORIO PRIVADO M FARMACIA N OTRO PRIVADO: _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	945C
945A	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 940, 941, 942, 942A), hizo usted algo de lo siguiente:		
1	¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional?	SI NO MEDICINA DE CURANDERO 1 2	
2	¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda?	MEDICINA FARMACIA/TIENDA 1 2	
3	¿Pidió usted consejo a alguna amiga/pariente?	CONSEJO AMIGA/PARIENTE 1 2	
945B	Hizo algo de lo siguiente para evitar infectar a su pareja:	SI NO	
1	¿Dejó de tener relaciones sexuales?	NO RELACIONES SEXUALES 1 2	
2	¿Su pareja usó condón al tener relaciones sexuales?	PAREJA USÓ CONDÓN 1 2	
945C	¿Si usted tuviera una infección de transmisión sexual, considera que tendría un mayor riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
945D	¿Piensa usted que una persona puede estar infectada con el virus del SIDA y no presentar síntomas de la enfermedad?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
946	¿Si una mujer sabe que su marido tiene una enfermedad que la puede infectar durante las relaciones sexuales, se justifica que ella pida usar condón cuando tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
947	¿Se justifica que una esposa (compañera) se niegue a tener relaciones sexuales con su marido, cuando ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otras mujeres?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
948	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>		1000A
949	¿Usted le puede decir que no a su esposo (compañero), si no desea tener relaciones sexuales?	SI 1 NO..... 2 DEPENDE/NO SABE 8	
950	¿Usted le podría pedir a su esposo (compañero) que usen condón?	SI 1 NO..... 2 DEPENDE/NO SABE 8	

SECCION 10. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000A	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	1001
1000B	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? SONDEE: ¿Alguna otra forma? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS A COMPARTIENDO UTENSILIOS B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS C COMPARTIENDO ALIMENTOS D POR CONTACTO SEXUAL E POR PICADURA DE MOSQUITOS F OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
1000C	¿La tuberculosis tiene cura?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
1000D	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO 1 NO 2 NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE 3	
1001	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relativas a su salud. ¿Ha recibido usted alguna inyección en los últimos 12 meses? SI SI, Cuántas inyecciones? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O TODOS LOS DÍAS DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90'. SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	1004
1002	De todas las inyecciones que recibió, ¿Cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera, un dentista o cualquier otro trabajador de salud? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O TODOS LOS DÍAS DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90'. SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	1004
1003	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿esa persona utilizó una jeringa y aguja de un paquete nuevo, sin abrir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1004	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2	1006
1005	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS [][]	
1006	¿Actualmente fuma o utiliza cualquier (otro) tipo de tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	1007A
1007	¿Qué (otro) tipo de tabaco fuma actualmente? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	PIPA A TABACO DE MASCAR B TABACO C OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
1007A	¿Usted actualmente toma bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	1008
1007B	¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	FRECUENTEMENTE 1 ALGUNAS VECES 2 CASI NUNCA 3	
1007C	Cuando toma, ¿acostumbra tomar hasta emborracharse?	SI..... 1 NO..... 2	
1008	Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para Ud. es un gran problema: A ¿Conseguir permiso para ir? B ¿Conseguir dinero para el tratamiento? C ¿La distancia de los servicios médicos? D ¿No querer ir sola?	SI NO CONSEGUIR PERMISO PARA IR 1 2 CONSEGUIR DINERO 1 2 LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS 1 2 NO QUERER IR SOLA 1 2	
1009	¿Usted tiene seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	1011
1010	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE ¿Algún otro? REGISTRE TODOS LOS MENCIONADOS	IHSS A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1011	¿Se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba detectora del cáncer cervical?	SI..... 1 NO..... 2	1012
1011A	¿Hace cuántos meses que se hizo la citología, la última vez?	MESES <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95 NO RECUERDA 98	
1011B	¿Dónde se la hizo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE _____	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE ASHONPLAFA 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CLÍNICA DE ONG 23 CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER 24 BRIGADA MÉDICA: LIGA CONTRA EL CÁNCER, CUBANOS, AMERICANOS 25 OTRO PRIVADO: _____ 26 (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
1011C	¿Le dieron el resultado?	SI..... 1 NO..... 2 NO FUE A RECOGERLO 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	1012 1012 1012
1011D	¿Cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se tomó la citología y la fecha en que supo el resultado?	DÍAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 NO SABE 998	
1012	¿Ha oído hablar del autoexamen del seno?	SI..... 1 NO..... 2	1012B
1012A	¿Con qué frecuencia se hace usted el autoexamen de seno?	NUNCA 01 CADA VEZ QUE SE DUCHA 02 UNA VEZ POR SEMANA 03 UNA VEZ AL MES 04 CADA DOS MESES 05 CADA TRES MESES 06 UNA VEZ POR AÑO 07 DE VEZ EN CUANDO 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
1012B	¿Ha oído hablar de la mamografía, o sea rayos X del seno?	SI..... 1 NO..... 2	1013
1012C	¿Se ha hecho alguna vez este examen?	SI..... 1 NO..... 2	
1013	VERIFIQUE 401: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> DESDE ENERO DEL 2006	NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> DESDE ENERO DEL 2006	1015
1014	Algunas veces los niños tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Cuáles síntomas o señales de peligro harían que Ud. llevara al niño a un establecimiento de salud inmediatamente? ¿Algún otro síntoma o señal de peligro? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE MENCIONE	SI TIENE DIFICULTAD PARA DESPERTAR A SI NO PUEDE BEBER O LACTAR B SI VOMITA TODO C SI CONVULSIONA D SI LE DA FIEBRE E SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS F SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR G SI TIENE SANGRE EN LAS HECEAS H SI AUMENTAN LAS HECEAS LÍQUIDAS I OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
1015	¿En el último mes ha visto o escuchado algún mensaje sobre la Malaria?	SI..... 1 NO..... 2	
1015A	¿En el último mes Ud. se ha enfermado de Malaria?	SI..... 1 NO..... 2	1200
1015B	¿Le tomaron muestra de sangre para la gota gruesa?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 12. VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
1200	<p align="center">VERIFIQUE LA CARATULA DE ESTE CUESTIONARIO</p> <p align="center">MUJER SELECCIONADA PARA ESTA SECCIÓN <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">MUJER NO SELECCIONADA <input type="checkbox"/></p>	DV32																								
1201	<p align="center">VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</p> <p align="center">NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</p> <p align="center">HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/></p> <p align="center">SOLICITE A LA ENTREVISTADA QUE RETIRE A LAS OTRAS PERSONAS DESPUÉS PASE A</p>																									
	<p>LEA A LA ENTREVISTADA:</p> <p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre algunos otros aspectos importantes de la vida de una mujer. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales, sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.</p>																										
1202	<p>VERIFIQUE 601 Y 602:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/></p>	<p>NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p>	1216																								
1203	<p>En primer lugar, voy a preguntarle acerca de algunas situaciones que le suceden a algunas mujeres. Por favor, dígame si estos se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero)?</p> <p>a) ¿Su esposo (compañero) se pone(nía) celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?</p> <p>b) ¿El la acusa(ba) frecuentemente de ser infiel?</p> <p>c) ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amigas?</p> <p>d) ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?</p> <p>e) ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va/iba?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">SI</th> <th align="center">NO</th> <th align="center">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>INFIEL</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA AMIGAS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE VA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO	1	2	8	INFIEL	1	2	8	VISITA AMIGAS	1	2	8	VISITA FAMILIA	1	2	8	SABER DONDE VA	1	2	8	
	SI	NO	NS																								
CELOSO	1	2	8																								
INFIEL	1	2	8																								
VISITA AMIGAS	1	2	8																								
VISITA FAMILIA	1	2	8																								
SABER DONDE VA	1	2	8																								
1204	<p>Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero).</p> <p>A. Su (último) esposo (compañero) alguna vez:</p>																										
	<p>a) ¿le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI 1 NO..... 2</p>	<p>B. ¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>b) ¿la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>c) ¿la ha insultado o la ha hecho sentirse mal consigo misma? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
1205	<p>A. Su (último) esposo (compañero) alguna vez;</p>																										
	<p>a) ¿la empujó, sacudió o le tiró algo? SI 1 NO..... 2</p>	<p>B. ¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>b) ¿la abofeteó? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>c) ¿le torció el brazo o le jaló el pelo? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>d) ¿la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									
	<p>e) ¿la ha pateado o arrastrado? SI 1 NO..... 2</p>	<p>¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES..... 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES..... 3</p>																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
	f) ¿trató de estrangularla o quemarla?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	g) ¿la amenazó o agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	h) ¿ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales con él aunque usted no quería?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	i) ¿la ha obligado o amenazado de cualquier otra manera a realizar actos sexuales que usted no quería?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
1206	VERIFIQUE 1205A (a-i): POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/>	NINGUN 'SI' <input type="checkbox"/>		1209
1207	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (compañero) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'	NÚMERO DE AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/ VIVIR JUNTOS 95		
1208	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (compañero) le hizo:			
	a) ¿Tuvo cortadas, moretones, o dolores?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	b) ¿Tuvo usted serias lesiones en los ojos, torceduras, dislocaciones o quemaduras?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	c) ¿Tuvo usted heridas profundas, dientes rotos o alguna otra lesión grave?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
	d) ¿Tuvo cefalea, mareos, dolores abdominales o punzadas?	SI 1 → NO 2 ↘	¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NO EN ÚLTIMOS 12 MESES 3
1208E	VERIFIQUE 1208: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/>	NINGÚN 'SI' <input type="checkbox"/>		1209
1208F	¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?	SI 1 NO 2		
1209	¿Alguna vez usted le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos en que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?	SI 1 NO 2		1211
1210	Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia usted le pegó abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando?		MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
1211	¿Su esposo (marido) toma(ba) bebidas alcohólicas?	SI 1 NO 2		1213
1212	¿Su esposo (compañero) se emborracha(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
1213	¿Le tiene (tuvo) miedo a su (último) esposo (compañero) la mayoría de las veces, a veces, o nunca?		LA MAYORÍA DE LAS VECES 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3	
1214	VERIFIQUE 609: CASADA/EN UNIÓN LIBRE MÁS DE UNA VEZ <input type="checkbox"/>	CASADA UNA SOLA VEZ <input type="checkbox"/>		1216
1215	A. Hasta ahora hemos estado hablando sobre el comportamiento de su actual (último) esposo (compañero). Ahora quiero preguntarle sobre el comportamiento de su esposo (compañero) anterior.			
	a) ¿Su esposo (compañero) anterior alguna vez la golpeó, abofeteó, pateó, o le hizo cualquier otra cosa para hacerle daño físico?	SI 1 → NO 2 ↘	B. ¿Cuánto hace que esto sucedió?	0 - 11 MESES ATRÁS 1 12 + MESES ATRÁS 2 NO RECUERDA 3
	b) ¿Su esposo (compañero) anterior la obligaba a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales contra su su voluntad?	SI 1 → NO 2 ↘	B. ¿Cuánto hace que esto sucedió?	0 - 11 MESES ATRÁS 1 12 + MESES ATRÁS 2 NO RECUERDA 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1216	Desde que usted cumplió 15 años, ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó o la maltrato físicamente?	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 3	1219 1219
1217	¿Quién la ha golpeado o maltratado físicamente? SONDEE: ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE/MADRASTRA A PADRE/PADRASTRO B HERMANA/HERMANO C HIJA/HIJO D OTRO(A) PARIENTE E ACTUAL NOVIO F EX-NOVIO G SUEGRA H SUEGRO I OTROS SUEGROS J MAESTRO(A)/PROFESOR(A) K EMPLEADOR(A) ALGUIEN EN EL TRABAJO L EXCOMPAÑERO DE TRABAJO M POLICÍA/SOLDADO N OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1218	Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente: frecuentemente, sólo a veces o nunca sucedió?	MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES 3	
1219	VERIFIQUE UN SI EN 201 O 226 O 230: ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		1222
1220	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?	SI 1 NO 2	1222
1221	¿Quién la ha maltratado o lastimado físicamente mientras estaba embarazada? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	ACTUAL ESPOSO/PAREJA A MADRE/MADRASTRA B PADRE/PADRASTRO C HERMANA/HERMANO D HIJA/HIJO E OTRO(A) PARIENTE F EX-ESPOSO/PAREJA G ACTUAL NOVIO H EX-NOVIO I SUEGRA J SUEGRO K MAESTRO(A)/PROFESOR(A) L EMPLEADOR(A) ALGUIEN EN EL TRABAJO M EXCOMPAÑERO DE TRABAJO N POLICÍA/SOLDADO O OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1222	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNA VEZ CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> Ahora quiero preguntarle si en cualquier momento en su vida, durante su niñez o adultez, alguien que no fuera su esposo (compañero) la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería? En cualquier momento en su vida, durante su niñez o adultez, alguien la ha obligado de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que usted no quería?	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 3	1226 1226
1223	¿Qué edad tenía usted la primera vez que fue forzada a tener relaciones sexuales o a realizar algún otro acto sexual?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 98	
1224	¿Quién fue la persona que la forzó en ese momento?	EX-ESPOSO/EX-PAREJA 01 ACTUAL NOVIO/EX-NOVIO 02 PADRE/PADRASTRO 03 HERMANO-HERMONASTRO 04 OTRO(A) PARIENTE 05 OTROS SUEGROS 06 AMIGO(A)/CONOCIDO(A) 07 AMIGO(A) DE LA FAMILIA 08 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) 09 EMPLEADOR(A) ALGUIEN EN EL TRABAJO 10 EXCOMPAÑERO DE TRABAJO 11 POLICÍA/SOLDADO 12 SACERDOTE / LIDER RELIGIOSO 13 EXTRAÑO(A) 14 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
1225	VERIFIQUE 601 Y 602: ALGUNA VEZ CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses, alguien que no fuera su esposo (compañero) la forzó a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? En los últimos 12 meses, alguien la forzó a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?	SI 1 NO 2																	
1226	VERIFIQUE 1205A (a-i), 1215, 1216, 1220, 1222, Y 1225: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGÚN 'SI' <input type="checkbox"/>		1230																
1227	¿Alguna vez ha tratado de buscar ayuda?	SI 1 NO 2	1228A																
1228	¿A quién le ha pedido ayuda? SONDEE: ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PROPIA FAMILIA A FAMILIA DE ESPOSO/COMPAÑERO B ACTUAL ESPOSO/COMPAÑERO C EX-ESPOSO/PAREJA D ACTUAL NOVIO/EX-NOVIO E AMIGO(A) F VECINO(A) G SACERDOTE / LIDER RELIGIOSO H DOCTOR(A)/PERSONAL MÉDICO I POLICÍA J ABOGADO(A) K FISCALIA DE LA MUJER L INSTITUTO DE LA MUJER M CONSEJERÍA DE FAMILIA N CONSULTORIO JURÍDICO POPULAR GRATUITO O JUZGADO P ONG Q OTRO: X (ESPECIFIQUE)	1230																
1228A	¿Cuál fue la razón más importante para no buscar ayuda?	MIEDO DE ÉL 01 VERGÜENZA 02 CREÍA QUE NO ERA NECESARIO 03 CREÍA QUE DE NADA SERVIRIA 04 CREÍA QUE SE BURLARÍAN DE ELLA 05 ME LO MERECEIA 06 DEPENDENCIA ECONÓMICA 07 MIEDO A QUEDARSE SOLA 08 NO SABIA A DONDE ACUDIR 09 PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR 10 NO CREO EN LA JUSTICIA 11 POR NO AFECTAR A LOS HIJOS 12 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98																	
1229	¿Alguna vez le conto a alguien de esto?	SI 1 NO 2																	
1230	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI 1 NO 2 NO SABE 8																	
AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y ASEGÚRELE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. LLENE LAS PREGUNTAS QUE ESTÁN ABAJO EN REFERENCIA AL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.																			
DV31	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFERIERON DE ALGUNA OTRA FORMA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>SI, MAS DE UNA VEZ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO/PAREJA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO	ESPOSO/PAREJA	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	OTRA MUJER ADULTA	1	2	3	
	SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA VEZ	NO																
ESPOSO/PAREJA	1	2	3																
OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3																
OTRA MUJER ADULTA	1	2	3																
DV32	HORA DE TERMINACIÓN	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>																	
DV33	OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA / EXPLICACIÓN POR NO APLICAR EL MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA _____ _____ _____ _____																		

INSTRUCCIONES GENERALES		1	1	2
* EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO				
COL 1: LA COLUMNA DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE CON NACIMIENTOS, EMBARAZOS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS				
N	NACIMIENTOS			01
E	EMBARAZOS			02
T	TERMINACIONES			03
0	<u>NINGÚN MÉTODO</u>			04
1	ESTERILIZACIÓN FEMENINA			05
2	ESTERILIZACIÓN MASCULINA			06
3	DIU			07
4	INYECCIONES			08
5	IMPLANTES			09
6	PASTILLAS			10
7	CONDÓN			11
8	CONDÓN FEMENINO			12
J	TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA			13
K	MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)			14
L	RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA, BILLINGS)			15
M	RETIRO			16
X	MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR)			17
Y	OTRO: _____			18
	(ESPECIFIQUE)			19
COL 2: Discontinuidad de Uso de Anticonceptivos				20
0	SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE			21
1	QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA			22
2	DESEABA QUEDAR EMBARAZADA			23
3	MARIDO DESAPROBÓ			24
4	DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO			25
5	PREOCUPACIÓN EFECTOS COLATERALES/SALUD			26
6	FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS			27
7	DEMASIADO COSTOSO			28
8	USO INCONVENIENTE			29
F	FATALISTA			30
A	DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA			31
D	DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN			32
X	OTRO: _____			33
	(ESPECIFIQUE)			34
Z	NO SABE			35
				36
				37
				38
				39
				40
				41
				42
				43
				44
				45
				46
				47
				48
				49
				50
				51
				52
				53
				54
				55
				56
				57
				58
				59
				60
				61
				62
				63
				64
				65
				66
				67
				68
				69
				70
				71
				72
				73
				74
				75
				76
				77
				78
				79
				80
				81
				82
				83
				84

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
102	¿En qué mes y año nació usted?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO9998																																					
103	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 102 Y 103. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
104	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI 1 NO 2 → 108																																					
105	¿Cuál fue el grado o año de educación más alto que aprobó y en qué nivel? SONDEE: SI SECUNDARIA: ¿Ciclo común o diversificado? SI SUPERIOR: ¿Universitaria o no universitaria?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRE-ESCOLAR</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA / BÁSICA (1 - 9 AÑOS).....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA CICLO COMÚN</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA DIVERSIFICADO</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO SUPERIOR</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	PRE-ESCOLAR	1	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA / BÁSICA (1 - 9 AÑOS).....	2	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>										
	NIVEL	GRADO																																					
PRE-ESCOLAR	1	<input type="checkbox"/>																																					
PRIMARIA / BÁSICA (1 - 9 AÑOS).....	2	<input type="checkbox"/>																																					
SECUNDARIA CICLO COMÚN	3	<input type="checkbox"/>																																					
SECUNDARIA DIVERSIFICADO	4	<input type="checkbox"/>																																					
TÉCNICO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>																																					
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	6	<input type="checkbox"/>																																					
SUPERIOR UNIVERSITARIA	7	<input type="checkbox"/>																																					
POSTGRADO UNIVERSITARIO	8	<input type="checkbox"/>																																					
107	VEA EN 105 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PREESCOLAR, <input type="checkbox"/> 0, 1 ó 2 AÑOS DE PRIMARIA	OTRO NIVEL <input type="checkbox"/> → 110																																					
108	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA AL ENTREVISTADO. SI EL ENTREVISTADO NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE 2 PUEDE LEER LA FRASE 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO: 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGO/VISUALMENTE IMPEDIDO 5																																					
108A	¿Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetización o algún otro programa para aprender a leer o escribir, diferente de la escuela primaria?	SI..... 1 NO..... 2																																					
109	VERIFIQUE CÓDIGOS EN 108: CÓDIGOS <input type="checkbox"/> 2, 3, Ó 4	CÓDIGOS <input type="checkbox"/> → 111 1 Ó 5																																					
110	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																																					
111	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																																					
112	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2 NADA 3																																					
113	¿Cuál es su religión?	CATÓLICA 1 EVANGÉLICA/PROTESTANTE 2 NO TIENE 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)																																					
114	A cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted que pertenece: LEA LA LISTA Y ESPERE RESPUESTA. SÓLO DEBE REGISTRAR UNA RESPUESTA	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Garífuna</td> <td>GARÍFUNA</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Negro Inglés</td> <td>NEGRO INGLÉS</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Tolupán</td> <td>TOLUPÁN</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Pech (Paya)</td> <td>PECH (PAYA)</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Misquito</td> <td>MISQUITO</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Nahoa</td> <td>NAHOA</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Lenca</td> <td>LENCA</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Tawaka (Sumo)</td> <td>TAWAKA (SUMO)</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Maya Chorti</td> <td>MAYA CHORTI</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OTRO:</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO SABE/NINGUNO</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>	Garífuna	GARÍFUNA	01	Negro Inglés	NEGRO INGLÉS	02	Tolupán	TOLUPÁN	03	Pech (Paya)	PECH (PAYA)	04	Misquito	MISQUITO	05	Nahoa	NAHOA	06	Lenca	LENCA	07	Tawaka (Sumo)	TAWAKA (SUMO)	08	Maya Chorti	MAYA CHORTI	09		OTRO:	96		(ESPECIFIQUE)			NO SABE/NINGUNO	98	
Garífuna	GARÍFUNA	01																																					
Negro Inglés	NEGRO INGLÉS	02																																					
Tolupán	TOLUPÁN	03																																					
Pech (Paya)	PECH (PAYA)	04																																					
Misquito	MISQUITO	05																																					
Nahoa	NAHOA	06																																					
Lenca	LENCA	07																																					
Tawaka (Sumo)	TAWAKA (SUMO)	08																																					
Maya Chorti	MAYA CHORTI	09																																					
	OTRO:	96																																					
	(ESPECIFIQUE)																																						
	NO SABE/NINGUNO	98																																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
115	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas o deportivas por 10 minutos o más?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	
116	¿Usted cree que realizar actividades físicas o deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2	
117 A	¿Ud. tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?	DOLOR CABEZA/NUCA CON MAYOR INTENSIDAD 1 2	
B	¿Tiene miedos sin que haya motivo ?	MIEDOS SIN MOTIVO 1 2	
C	¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias?	DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS 1 2	
D	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES..... 1 2	
E	¿Llora con facilidad?	LLORA CON FACILIDAD..... 1 2	
F	¿Se asusta fácilmente?	SE ASUSTA CON FACILIDAD..... 1 2	
G	¿Se siente cansado todo el tiempo?	CANSADO TODO EL TIEMPO..... 1 2	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos sus hijos e hijas, si es que ha tenido. Estamos interesados solamente en hijos e hijas que usted ha engendrado, es decir, sus hijos propios. ¿Ha tenido usted algún hijo o hija propio?	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE 8 →	206 206
202	De los hijos e hijas que usted tiene, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA [][] HIJAS EN CASA [][]	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está viva(o), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
205	¿Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA [][] HIJAS FUERA [][]	
206	¿Alguna vez tuvo una niña o un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE 8 →	207A 207A
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS [][] HIJAS MUERTAS [][]	
207A	(Además de esos hijos), tiene usted: 1. ¿Hijos o hijas suyos que no estén considerados como suyos legalmente? 2. ¿Hijos o hijas suyos que no lleven su apellido? 3. ¿Hijos o hijas suyos que usted no reconozca como suyos?	¿Cuántos? SI 1 → [][] NO 2 ↓ SI 1 → [][] NO 2 ↓ SI 1 → [][] NO 2 ↓	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE PREGUNTAS 203, 205, 207 Y 207A Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL [][]	
209	VERIFIQUE 208: HA TENIDO MÁS DE UN HIJO <input type="checkbox"/> HA TENIDO SOLO UN HIJO <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/>		212 301
210	Los hijos que usted ha tenido, ¿Todos han sido con la misma mujer?	SI..... 1 → NO..... 2	212
211	En total ¿Con cuántas mujeres usted ha tenido hijos?	TOTAL [][]	
212	¿Cuántos años tenía usted cuando nació su (primer) hijo(a)?	EDAD EN AÑOS [][]	
213	VERIFIQUE 203 Y 205: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/>		301
214	¿Cuántos años cumplidos tiene su hijo(a) menor?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS [][]	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
215	VERIFIQUE 214: EDAD HIJO MENOR <input type="text"/> 0 - 2 AÑOS OTRAS EDADES <input type="text"/>		301
216	¿Cuál es el nombre de su hijo(a) menor? _____ NOMBRE DE HIJO(A) MENOR		
217	Cuando la <u>madre</u> de (NOMBRE HIJO) estaba embarazada de (NOMBRE) ¿Se hizo controles prenatales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	219 219
218	¿Estuvo usted presente en alguno de los controles prenatales?	SI..... 1 NO..... 2	
219	¿(NOMBRE) nació en un hospital o centro de salud?	HOSPITAL/CENTRO DE SALUD 1 OTRO 2	
220	Cuando un niño(a) tiene diarrea ¿Se le debe dar menos cantidad de líquidos que de costumbre, la misma cantidad, más líquidos o nada de beber?	MENOS CANTIDAD..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD 3 NADA 4 NO SABE 8	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301	Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.		
301A	¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.	301C ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO) con alguna de sus parejas?	
01]	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI 1 NO 2 ↘	¿Ha tenido usted una pareja que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02]	OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos.	SI 1 NO 2 ↘	¿Se ha hecho usted operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03]	DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
04]	INYECCIONES PARA NO TENER HIJOS Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
05]	IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE O IMPLANON) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
06]	PASTILLAS /PÍLDORAS Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
07]	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
08]	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
09]	TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
10]	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
11]	RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
12]	MÉTODO DEL COLLAR (DÍAS FIJOS) El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas son los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que puede tener relaciones.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
13]	RETIRO (COITO INTERRUMPIDO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
14]	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI 1 NO 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
15]	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI 1 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2
301B	PREGUNTE 301C PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301A.		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
302	Durante los últimos meses ha: A Escuchado en la radio ¿algo sobre planificación familiar? B Visto en la televisión ¿algo sobre planificación familiar? C Leído en periódicos o revistas ¿algo sobre planificación familiar?	SI NO RADIO 1 2 TELEVISIÓN 1 2 PERIÓDICOS O REVISTAS..... 1 2	
303	¿Durante los últimos meses, ha hablado con un profesional de la salud o trabajador de la salud sobre planificación familiar?	SI 1 NO 2	
304	Ahora me gustaría preguntarle sobre el riesgo de embarazo que tiene la mujer. Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI 1 NO 2 → 306 NO SABE 8 → 306	
305	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL 4 EN CUALQUIER MOMENTO 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
306	Ahora le voy a leer unas frases sobre métodos anticonceptivos. Por favor dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una. a. La anticoncepción es asunto de mujeres y un hombre no debe preocuparse por ello. b. Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos pueden ser promiscuas (varias parejas).	ACUERDO DESA- CUERDO NO SABE ANTICONCEPCIÓN ASUNTO DE MUJERES 1 2 8 LAS MUJERES PUEDEN SER PROMISCUAS 1 2 8	
307	VERIFIQUE 301A (07): CONOCE CONDÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 401		
308	¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	
309	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS RESPUESTAS QUE DE EL INFORMANTE SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E OTRO PÚBLICO: _____ F (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL G CLÍNICA DE ASHONPLAFA H CLÍNICA PRIVADA..... I CLÍNICA/PUERTO DE ONG J PUERTO DE ASHONPLAFA K FARMACIA L PUERTO DE VENTA DE MEDICINAS M OTRAS FUENTES PULPERIA/SUPERMERCADO N IGLESIA O AMIGOS / FAMILIARES P PARTERA Q OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
310	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted mismo?	SI 1 NO 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
414F	¿Por qué usó condón esa primera vez? SONDEE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS RESPUESTAS QUE DE EL INFORMANTE	EVITAR UN EMBARAZO A EVITAR INFECTARSE DEL VIH/SIDA B EVITAR INFECTARSE DE UNA ITS C EVITAR INFECTAR A LA PAREJA D EXPERIMENTAR/ENSAYAR CONDÓN E OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
414G	Cuando tuvo su primera relación sexual, ¿Qué relación tenía con esa persona?	ESPOSA /COMPAÑERA 01 PROMETIDA 02 NOVIA 03 AMIGA 04 CONOCIDA 05 EMPLEADA/COMPAÑERA DE TRABAJO 06 TRABAJADORA DEL SEXO 07 CLIENTE 08 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	
414H	¿Ha tenido usted relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	SI 1 NO 2 → 415 NO SABE/NO RESPONDE 8 → 415	
414I	¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual con una persona de su mismo sexo?	EDAD [][] NO SABE 98	
414J	¿Cuál era su relación con esa persona?	PADRE 01 HERMANO 02 TÍO 03 PRIMO 04 AMIGO 05 CONOCIDO CASUAL 06 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
415	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual reciente. Le puedo asegurar que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que nadie tendrá acceso a ellas.		
416	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? SI MENOS DE 12 MESES, REGISTRE LA RESPUESTA EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, REGISTRE LA RESPUESTA EN AÑOS	DÍAS.....1 [][] SEMANAS.....2 [][] MESES.....3 [][] AÑOS.....4 [][] → 430	

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
417	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona?		DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
418	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta (segunda/tercera) persona ¿usaron condón?	SI 1 NO..... 2 (PASE A 420) ←	SI 1 NO..... 2 (PASE A 420) ←	SI 1 NO..... 2 (PASE A 420) ←
419	¿Usaron condón cada vez que usted tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 12 meses?	SI 1 NO..... 2	SI 1 NO..... 2	SI 1 NO..... 2
420	¿Cuál es su relación con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales? SI ES LA "NOVIA/ENAMORADA" PREGUNTE: ¿Estaba su novia/enamorada viviendo con usted cuando tuvo relaciones sexuales? SI "SI", MARQUE "02" SI "NO", MARQUE "03"	ESPOSA 01 COMPAÑERA 02 NOVIA/ENAMORADA 03 AMIGA 04 CONOCIDA CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADORA SEXUAL ... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 423) ←	ESPOSA 01 COMPAÑERA 02 NOVIA/ENAMORADA 03 AMIGA 04 CONOCIDA CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADORA SEXUAL ... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 423) ←	ESPOSA 01 COMPAÑERA 02 NOVIA/ENAMORADA 03 AMIGA 04 CONOCIDA CASUAL 05 PARIENTE 06 TRABAJADORA SEXUAL ... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 423) ←
421	VERIFIQUE 410	CASADO/UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ <input type="checkbox"/> CASADO/UNIDO MÁS DE UNA VEZ/ NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 423)	CASADO/UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ <input type="checkbox"/> CASADO/UNIDO MÁS DE UNA VEZ/ NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 423)	CASADO/UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ <input type="checkbox"/> CASADO/UNIDO MÁS DE UNA VEZ/ NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 423)
422	VERIFIQUE 414	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASÓ/UNIÓ (PASE A 424) <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASÓ/UNIÓ (PASE A 424) <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓	PRIMERA VEZ CUANDO SE CASÓ/UNIÓ (PASE A 424) <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓
423	¿Durante cuánto tiempo (mantuvo/ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR EL ENTREVISTADO SI SOLAMENTE UNA VEZ, REGISTRE '01' DÍAS	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
424	Cuántas veces durante los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con esta persona? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE VECES ES 95 O MÁS, ESCRIBA '95'.	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>
425	¿Cuántos años tiene esta persona?	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	EDAD DE LA PAREJA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98
426	Aparte de (esta persona/estas dos personas), ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 (REGRESE A 417 EN PRÓXIMA COLUMNA) ← NO..... 2 (PASE A 428) ←	SI..... 1 (REGRESE A 417 EN PRÓXIMA COLUMNA) ← NO..... 2 (PASE A 428) ←	
427	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN.			NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
428	VERIFIQUE 420 (TODAS LAS COLUMNAS): UNA DE LAS PAREJAS ES TRABAJADORA SEXUAL <input type="checkbox"/>	NO RELACIÓN CON TRABAJADORA SEXUAL <input type="checkbox"/>	430
429	VERIFIQUE 420 Y 418 (TODAS LAS COLUMNAS): OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/>	CONDÓN USADO CON CADA TRABAJADORA SEXUAL <input type="checkbox"/>	433 434
430	¿En los últimos 12 meses, usted ha pagado a alguien para tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	432
431	¿Usted ha pagado alguna vez a alguien a cambio de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	434 434
432	¿La última vez que usted pagó a alguien a cambio de tener relaciones sexuales, utilizó condón?	SI..... 1 NO..... 2	434
433	En los últimos 12 meses, cada vez que usted pagó a alguien a cambio de tener relaciones sexuales, ¿utilizó condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
434	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en su vida? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN SI EL NÚMERO DE PAREJAS ES DE 95 O MÁS, ESCRIBA "95"	NÚMERO DE PAREJAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
435	VERIFIQUE 418: PAREJA MÁS RECIENTE (PRIMERA COLUMNA) USO CONDÓN <input type="checkbox"/>	NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA <input type="checkbox"/>	438 438
436	Me dijo que la última vez que tuvo relaciones sexuales uso un condón. ¿Cuál fue la marca de condón que uso en ese momento? SI LA MARCA NO ES CONOCIDA, SOLICITE VER EL PAQUETE.	GUARDIÁN 1 PIEL 2 PANTHERA 3 DUREX 4 SIN MARCA/SECRETARIA SALUD 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
437	¿Dónde compro el condón la última vez? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 CESAMO 14 CESAR 15 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 CLÍNICA/PUERTO DE ONG 24 PUERTO DE ASHONPLAFA 25 FARMACIA 26 OTRO PRIVADO: 27 (ESPECIFIQUE) OTRA FUENTE PULPERIA/SUPERMERCADO 31 IGLESIA 32 AMIGO/PARIENTE 33 PARTERA 34 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
438	¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, usted o su pareja utilizaron un método anticonceptivo (excepto condón) para evitar o prevenir un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	440C 440C

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
439	<p>¿Cuál método está(n) usando?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA B</p> <p>DIU..... C</p> <p>INYECCIONES..... D</p> <p>IMPLANTE E</p> <p>PÍLDORAS/PASTILLAS..... F</p> <p>CONDÓN FEMENINO G</p> <p>TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... H</p> <p>MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... I</p> <p>RITMO..... J</p> <p>MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) K</p> <p>RETIRO..... L</p> <p>OTRO MÉTODO X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	<p>440B</p>
440A	<p>¿Dónde consigue (consiguió) usted o su pareja el método que usa(n)?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 12</p> <p>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13</p> <p>CESAMO 14</p> <p>CESAR 15</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ 16</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 21</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 23</p> <p>CLÍNICA/PUERTO DE ONG 24</p> <p>PUERTO DE ASHONPLAFA 25</p> <p>FARMACIA 26</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 27</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>PULPERIA/SUPERMERCADO 31</p> <p>IGLESIA 32</p> <p>AMIGO/PARIENTE 33</p> <p>PARTERA 34</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
440B	<p>¿Quién decidió sobre el uso del método anticonceptivo actual?</p>	<p>ENTREVISTADO 1</p> <p>ESPOSA/COMPAÑERA 2</p> <p>AMBOS 3</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>501</p>
440C	<p>¿Cuál es la razón principal por la que usted o su pareja no está(n) usando un método para evitar un embarazo?</p>	<p>NO EN UNIÓN 11</p> <p>RAZONES DE FECUNDIDAD</p> <p>NO TIENE SEXO/ O POCO FRECUENTE 22</p> <p>ESPOSA/PAREJA MENOPAUSICA</p> <p>HISTERECTOMIZADA 23</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... 24</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... 25</p> <p>DESEA MÁS HIJOS..... 26</p> <p>OPOSICIÓN A USAR:</p> <p>ENTREVISTADO SE OPONE..... 31</p> <p>ESPOSA SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</p> <p>RAZONES DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 53</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54</p> <p>RAZONES DE ACCESO/COSTO</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS 61</p> <p>MUY COSTOSO..... 62</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	

SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO O EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	NO CASADO/ NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	509
502	VERIFIQUE 439: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> HOMBRE NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	HOMBRE ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	509
503	¿Su esposa/compañera está actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	505 505
504	Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Después del bebé que su esposa/compañera está esperando ahora, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER OTRO HIJO 1 NO MÁS HIJOS 2 INDECISO/NO SABE 8	507 508A 508A
505	Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?	TENER UN (OTRO) HIJO 1 NO MÁS HIJOS/NINGUNO..... 2 ESPOSA/COMPAÑERA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 ESPOSA/COMPAÑERA ESTERILIZADA 4 INDECISO/NO SABE 8	508A
507	ESPOSA/COMPAÑERA NO EMBARAZADA O NO SABE <input type="checkbox"/> ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un (otro) hijo? Después del nacimiento del hijo que usted espera ahora, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES 1 AÑOS 2 PRONTO/AHORA 993 ESPOSA/COMPAÑERA INFECUNDA..... 994 OTRO: _____ 996 (ESPECIFIQUE) INDECISO/NO SABE 998	
508A	VERIFIQUE 503: ESPOSA/COMPAÑERA NO EMBARAZADA/ NO SABE <input type="checkbox"/>	ESPOSA/COMPAÑERA EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	508C
508B	VERIFIQUE 438 SI ESTÁ(N) USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA(N) ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	SI USA(N) ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	509
508C	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar tener (más) hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	509 509
508D	¿Cuál método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA 01 OPERACIÓN MASCULINA..... 02 DIU..... 03 INYECCIÓN..... 04 IMPLANTES 05 PASTILLAS 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA/AMENORREA) 10 RITMO 11 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 RETIRO..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURO/NO SABE..... 98	509

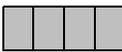
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
508E	<p>¿A dónde iría usted y/o su pareja para obtener el método?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 12</p> <p>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13</p> <p>CESAMO 14</p> <p>CESAR 15</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ 16</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 21</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22</p> <p>CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24</p> <p>PUESTO DE ASHONPLAFA 25</p> <p>FARMACIA 26</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 27</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRA FUENTE</p> <p>PULPERIA/SUPERMERCADO 31</p> <p>IGLESIA 32</p> <p>AMIGO/PARIENTE 33</p> <p>PARTERA 34</p> <p>OTRA: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
509	<p>VERIFIQUE 203 Y 205:</p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA</p>	<p>NINGUNO 00 → 511</p> <p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA: _____ 96 → 511</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
510	<p>¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?</p>	<p style="text-align: center;">HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO</p> <p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 5A. VASECTOMÍA Y ESTERILIZACIÓN FEMENIA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	VERIFIQUE 301: CONOCE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/>	NO CONOCE EST. MASCULINA <input type="checkbox"/>	601
512	VERIFIQUE 439: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	HOMBRE NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	516
513	¿Estaría usted interesado en hacerse la vasectomía, es decir, la operación para no tener (más) hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	515 515
514	¿En dónde le gustaría operarse?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 OTRO PÚBLICO: 14 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 25 (ESPECIFIQUE) OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	523
515	¿Por qué no está interesado en la vasectomía/operación para no tener más hijos?	ESPOSA/COMPAÑERA ESTERILIZADA..... 01 MIEDO A LA OPERACIÓN/ ES PELIGROSO 02 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 03 SE PUEDE PERDER FUERZA/CAPACIDAD SEXUAL ... 04 OPERACIÓN COSTOSA 05 PAREJA SE OPONE..... 06 RAZONES RELIGIOSAS 07 NO LE GUSTA ESE MÉTODO 08 PREFIERE MÉTODOS TEMPORALES 09 SEXO POCO FRECUENTE 10 ES MUY JOVEN 11 MIEDO A ARREPENTIRSE 12 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	523
516	¿En qué mes y año lo operaron/esterilizaron?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO9998	
517	¿Dónde tuvo lugar la operación/esterilización? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL DE LA SECRETARIA DE SALUD 11 HOSPITAL DEL IHSS 12 CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13 OTRO PÚBLICO: 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL 21 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22 CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... 23 CLÍNICA DE ONG 24 OTRO PRIVADO: 25 (ESPECIFIQUE) OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
517A	Antes de su operación/esterilización, ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
517B	Antes de hacerse la operación/esterilización, ¿firmo Ud. un papel donde daba su autorización para hacerse esa operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
518	¿Cuánto pago usted (su esposa/compañera) en total por la operación (vasectomía) incluyendo la consulta?	COSTO <input type="text"/> GRATIS 99995 NO SABE 99998	
519	¿Se ha arrepentido de haberse mandado operar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	521 521
520	¿Por qué se ha arrepentido ?	DESEA TENER OTRO HIJO 01 CONYUGE DESEA OTRO HIJO 02 TIENE NUEVA ESPOSA/COMPAÑERA 03 PROBLEMAS DE SALUD POSTERIORES 04 RELIGIÓN/SENTIDO DE CULPA 05 LA OPERACIÓN HA OCASIONADO PROBLEMAS EMOCIONALES 06 NO PUEDE COMPLACER A UNA MUJER 07 SE SIENTE MENOS HOMBRE 08 SE SIENTE DÉBIL 09 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
521	¿Usted recomendaría a otros hombres que se operen para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
522	¿Después de la operación, usted siente que sus relaciones sexuales son más satisfactorias que antes, menos satisfactorias o igual que antes?	MÁS SATISFACTORIAS 1 MENOS SATISFACTORIAS 2 IGUAL QUE ANTES 3 NO HA TENIDO RELACIONE SEXUALES 4 NO SABE 8	
523	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/>	NO CASADO/ NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	601
524	VERIFIQUE 439: ESPOSA/COMPAÑERA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	ESPOSA/COMPAÑERA NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	601
525	¿En qué mes y año operaron (esterilizaron) a su esposa (compañera)?	MES <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 9998	
526	¿Usted recomendaría a otros hombres que la esposa (compañera) se opere para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
527	¿Después de la operación, usted siente que las relaciones sexuales con su esposa (compañera) son más satisfactorias que antes, menos satisfactorias o igual que antes?	MÁS SATISFACTORIAS 1 MENOS SATISFACTORIAS 2 IGUAL QUE ANTES 3 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 4 NO SABE 8	

SECCIÓN 6. EMPLEO Y ROLES DE GENERO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
601	¿Ha tenido usted algún trabajo en los últimos siete días?	SI..... 1 NO..... 2	604																								
602	Aunque no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, enfermedad, o por alguna otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	604																								
603	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	607																								
604	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) usted principalmente?	 (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																									
605	¿Trabaja usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR ÉPOCAS 2 DE VEZ EN CUANDO 3																									
606	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO 1 DINERO Y ESPECIE 2 SÓLO EN ESPECIE 3 NO LE PAGAN 4																									
607	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/>	NO CASADO/ NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	612																								
608	VERIFIQUE 606: CÓDIGOS '1' O '2' CIRCULADOS <input type="checkbox"/>	NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	610																								
609	Quién decide cómo se gasta el dinero que usted gana: ¿usted, su pareja (esposa/compañera), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADO 1 ESPOSA/COMPAÑERA 2 ENTREVISTADO Y SU ESPOSA/COMPAÑERA 3 OTRA PERSONA 4 EL ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)																									
610	Quién decide sobre atención médica para usted: ¿usted, su pareja (esposa/compañera), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADO 1 ESPOSA/COMPAÑERA 2 ENTREVISTADO Y SU ESPOSA/COMPAÑERA 3 OTRA PERSONA 4 EL ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)																									
611	¿Quién tiene la última palabra sobre compras importantes del hogar?	ENTREVISTADO 1 ESPOSA/COMPAÑERA 2 ENTREVISTADO Y SU ESPOSA/COMPAÑERA 3 OTRA PERSONA 4 EL ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)																									
612	¿Usted es dueño de esta casa? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADO 1 ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 2 NO 3																									
612A	¿Usted es dueño de otra casa? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADO 1 ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 2 NO 3																									
613	¿Usted es dueño de alguna tierra? SI 'SI', PREGUNTE: ¿Es sólo suya o de usted con otra persona?	SOLO ENTREVISTADO 1 ENTREVISTADO Y OTRA PERSONA 2 NO 3																									
614	En su opinión, se justifica que un esposo/compañero golpee a la esposa en las siguientes situaciones: ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? ¿Si ella descuida/desatiende los niños? ¿Si ella discute con él? ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él? ¿Si ella deja quemar la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI ELLA SALE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA NIÑOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DISCUTE CON EL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO SEXO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>QUEMA LA COMIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	SI ELLA SALE	1	2	8	DESCUIDA NIÑOS	1	2	8	DISCUTE CON EL	1	2	8	NO SEXO	1	2	8	QUEMA LA COMIDA	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																								
SI ELLA SALE	1	2	8																								
DESCUIDA NIÑOS	1	2	8																								
DISCUTE CON EL	1	2	8																								
NO SEXO	1	2	8																								
QUEMA LA COMIDA	1	2	8																								

SECCIÓN 7. VIH/SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A				
701	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído hablar del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	723				
702	Por favor dígame si está de acuerdo o no con las siguientes frases:						
		<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE	
	SI	NO	NO SABE				
A	Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual.	UNA SOLA PAREJA SEXUAL 1 2 8					
B	Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una pareja sexual fiel.	UNA PAREJA SEXUAL FIEL 1 2 8					
C	Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga SIDA	UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA SIDA 1 2 8					
D	Pueden las personas disminuir los riesgos de infectarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no tenga SIDA	UNA SOLA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA SIDA 1 2 8					
703	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
704	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
705	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
705A	¿Pueden las personas protegerse de infectarse del virus que causa el SIDA, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
706	¿Pueden las personas infectarse con el virus que causa el SIDA, debido a brujerías o medios sobrenaturales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
707	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
708	El virus que causa el SIDA puede ser transmitido de una madre a su bebé:						
	¿Durante el embarazo?	DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8					
	¿Durante el parto?	DURANTE EL PARTO..... 1 2 8					
	¿Durante la lactancia?	DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8					
709	VERIFIQUE 708: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> </div> </div>		710A				
710	¿Sabe usted si existen medicamentos especiales que un médico o una enfermera pueden dar a una mujer infectada con el virus que causa el SIDA para reducir el riesgo de infectar al bebé?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
710A	VERIFIQUE 401: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADO/ EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NO CASADO/ NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </div> </div>		711				
710B	¿Alguna vez, Ud. ha hablado con su esposa/compañera sobre las formas de evitar contagiarse del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
711	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD.						
712	No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	716				
713	¿Hace cuántos meses que se hizo la prueba, la última vez?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DOS AÑOS O MÁS 95					
713A	¿Antes de que le hicieran la prueba, recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8					
714	No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
715	<p>¿Dónde se hizo la prueba?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD 11</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS 12</p> <p>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS 13</p> <p>CESAMO 14</p> <p>LABORATORIO DE LA SS 15</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ 16</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL 21</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA 22</p> <p>CLÍNICA MÉDICO/PRIVADO 23</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG 24</p> <p>CRUZ ROJA 25</p> <p>LABORATORIO PRIVADO 26</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 27</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
715A	Después de que le hicieron la prueba, ¿recibió consejería?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	717B
716	¿Sabe de algún lugar donde la gente pueda ir a hacerse la prueba del VIH/SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	717A
717	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SONDEE: ¿Algún otro sitio?</p> <p>ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A</p> <p>HOSPITAL DEL IHSS B</p> <p>CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C</p> <p>CESAMO D</p> <p>CESAR E</p> <p>LABORATORIO DE LA SS F</p> <p>OTRO PÚBLICO: _____ G</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL H</p> <p>CLÍNICA DE ASHONPLAFA I</p> <p>CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO J</p> <p>CLÍNICA/PUESTO DE ONG K</p> <p>CRUZ ROJA L</p> <p>LABORATORIO PRIVADO M</p> <p>FARMACIA N</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ O</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
717A	¿Le gustaría que le hicieran la prueba del VIH/SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE 8</p>	
717B	¿Usted cree que está en riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE 8</p>	717D 718
717C	<p>¿Por qué cree que está en riesgo?</p> <p>SONDEE: ¿Alguna otra razón?</p>	<p>NO USA CONDONES A</p> <p>TIENE VARIAS PAREJAS B</p> <p>ESPOSA/COMPAÑERA TIENE VARIAS PAREJAS... C</p> <p>PAREJA TIENE REL. CON HOMOSEXUALES D</p> <p>HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... E</p> <p>LE HAN APLICADO INYECCIONES..... F</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	718
717D	<p>¿Por qué cree que no está en riesgo?</p> <p>SONDEE: ¿Alguna otra razón?</p>	<p>NO TIENE RELACIONES SEXUALES A</p> <p>USA CONDÓN CUANDO TIENE REL. SEXUALES... B</p> <p>SÓLO TIENE UNA PAREJA C</p> <p>PAREJA NO TIENE REL. CON HOMOSEXUALES D</p> <p>NO HA TENIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE..... E</p> <p>NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... F</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
718	¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus del SIDA?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
719	Si algún miembro de su familia se infectara con el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	<p>SI, MANTENERLO EN SECRETO 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	
720	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo(a) en su propia casa?	SI 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
721	En su opinión, si una profesora tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enferma, ¿Se le debería permitir a ella seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
722	¿Se le debe hablar a los niños entre 12-14 años de edad sobre el uso del condón para protegerse del virus que causa el SIDA?	SI 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 8		
723	VERIFIQUE 701: HA OÍDO HABLAR DE SIDA <input type="checkbox"/> NO HA OÍDO DE SIDA <input type="checkbox"/> Aparte del SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)? ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI 1 NO..... 2		
724	VERIFIQUE 414: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>		731D	
725	VERIFIQUE 723: HA OÍDO HABLAR DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		727	
726	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido usted una infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8		
727	Algunas veces los hombres tienen secreciones o goteo por su pene. Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna secreción o goteo por su pene?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8		
728	Algunas veces los hombres presentan llagas o úlceras en su pene o en las áreas cercanas. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlcera en su pene o área cercana?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8		
728A	Algunas veces los hombres presentan verrugas en su pene o en las áreas cercanas. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido alguna verruga en su pene o área cercana?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8		
729	VERIFIQUE 726, 727, 728 Y 728A: HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCIÓN / NO SABE <input type="checkbox"/>		731C	
730	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 726, 727, 728, 728A) ¿Buscó usted consejo o tratamiento?	SI 1 NO..... 2	731A	
731	¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento? SONDEE: ¿Algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA, PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL SECRETARIA DE SALUD A HOSPITAL DEL IHSS B CLÍNICA MATERNO INFANTIL DE LA SS C CESAMO D CESAR E LABORATORIO DE LA SS F OTRO PÚBLICO: _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL H CLÍNICA DE ASHONPLAFA I CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... J CLÍNICA/PUESTO DE ONG K CRUZ ROJA L LABORATORIO PRIVADO M FARMACIA N OTRO PRIVADO: _____ O (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		731B
731A	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 726, 727, 728, 728A), hizo usted algo de lo siguiente:			
1	¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional?	SI 1 NO 2 CURANDERO 1 2		
2	¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda?	FARMACIA/TIENDA 1 2		
3	¿Pidió usted consejo a algún amigo/pariente?	AMIGO/PARIENTE 1 2		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A									
731B	Hizo usted algo de lo siguiente para evitar contagiar a su pareja: 1 ¿Dejó de tener relaciones sexuales? 2 ¿Usó condones al tener relaciones sexuales?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO RELACIONES SEXUALES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>USÓ CONDONES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	USÓ CONDONES	1	2	
	SI	NO										
NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2										
USÓ CONDONES	1	2										
731C	¿Si usted tuviera una infección de transmisión sexual, considera que tendría un mayor riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8										
731D	¿Piensa usted que una persona puede estar infectada con el virus del SIDA y no presentar síntomas de la enfermedad?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8										
732	¿Si una mujer sabe que su marido tiene una enfermedad que la puede infectar durante las relaciones sexuales, se justifica que ella pida usar condón cuando tienen relaciones sexuales?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8										
733	¿Se justifica que una esposa (compañera) se niegue a tener relaciones sexuales con su marido, cuando ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otras mujeres?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8										

SECCIÓN 8. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
800A	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	801
800B	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? SONDEE: ¿Alguna otra forma? REGISTRE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS A COMPARTIENDO UTENSILIOS B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS C COMPARTIENDO ALIMENTOS D POR CONTACTO SEXUAL E POR PICADURA DE MOSQUITOS F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
800C	¿La tuberculosis tiene cura?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
800D	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO 1 NO..... 2 NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE 3	
801	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relativas a su salud. ¿Ha recibido usted alguna inyección en los últimos 12 meses? Si sí: ¿Cuántas inyecciones? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O TODOS LOS DÍAS DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90' SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	804
802	De todas las inyecciones que recibió, ¿Cuántas fueron administrados por un médico, una enfermera, un dentista o cualquier otro trabajador de salud? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES 90 O MÁS, O TODOS LOS DÍAS DURANTE 3 MESES O MÁS, REGISTRE '90' SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	804
803	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de la salud, ¿Esa persona utilizó una jeringa y aguja de un paquete nuevo, sin abrir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
804	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2	806
805	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS [][]	
806	¿Actualmente fuma o utiliza cualquier (otro) tipo de tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	808A
807	¿Qué tipo de tabaco fuma actualmente? ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PIPA A TABACO DE MASCAR B TABACO C OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
808A	¿Usted actualmente toma bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	826
808B	¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	FRECUENTEMENTE 1 ALGUNAS VECES 2 CASI NUNCA 3	
808C	Cuando toma, ¿acostumbra tomar hasta emborracharse?	SI..... 1 NO..... 2	
826	¿Usted tiene seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	901
827	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE: ¿Algún otro? ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	IHSS A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR C OTRO: X (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN 9. PROBLEMAS DE ERECCIÓN Y PRÓSTATA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
901	Ahora me gustaría hablarle sobre otro tema. ¿Usted ha escuchado sobre los problemas de erección o eyaculación precoz (rápida)?	SI..... 1 NO..... 2	903																					
902	¿Usted ha recibido información sobre los problemas de erección o eyaculación precoz (rápida)?	SI..... 1 NO..... 2																						
903	VERIFIQUE 414: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>		908																					
904	¿Alguna vez usted ha tenido problemas de erección o eyaculación precoz (rápida) al momento de la relación sexual?	SI..... 1 NO..... 2	908																					
905	¿Ha recibido tratamiento médico para ese problema?	SI..... 1 NO..... 2	908																					
906	Si supiera de algún lugar en el que brindan información y atención sobre problemas de erección y eyaculación precoz (rápida), ¿Usted acudiría a ese lugar?	SI..... 1 NO..... 2	908																					
907	¿Usted preferiría acudir a hospitales o centros de salud públicos u hospitales o clínicas privadas?	HOSPITALES O CENTROS PÚBLICOS 1 HOSPITALES O CLÍNICAS PRIVADAS 2 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8																						
908	Conoce o ha oído hablar de la próstata?	SI..... 1 NO..... 2																						
910	VERIFIQUE 103: 20 - 59 AÑOS <input type="checkbox"/> 15 - 19 AÑOS <input type="checkbox"/>		918																					
911	En los últimos 12 meses, usted ha tenido alguno de los siguientes síntomas:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿La fuerza de su chorro urinario ha disminuido?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Ha aumentado el No. de veces que se levanta a orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Hace más esfuerzos para orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Queda goteando o se mancha la ropa al orinar?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Siente que no ha evacuado toda su orina?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Ha orinado alguna vez con sangre?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿La fuerza de su chorro urinario ha disminuido?	1	2	B ¿Ha aumentado el No. de veces que se levanta a orinar?	1	2	C ¿Hace más esfuerzos para orinar?	1	2	D ¿Queda goteando o se mancha la ropa al orinar?	1	2	E ¿Siente que no ha evacuado toda su orina?	1	2	F ¿Ha orinado alguna vez con sangre?	1	2	
	SI	NO																						
A ¿La fuerza de su chorro urinario ha disminuido?	1	2																						
B ¿Ha aumentado el No. de veces que se levanta a orinar?	1	2																						
C ¿Hace más esfuerzos para orinar?	1	2																						
D ¿Queda goteando o se mancha la ropa al orinar?	1	2																						
E ¿Siente que no ha evacuado toda su orina?	1	2																						
F ¿Ha orinado alguna vez con sangre?	1	2																						
912	VERIFIQUE 103: 40 - 59 AÑOS <input type="checkbox"/> 20 -39 AÑOS <input type="checkbox"/>		918																					
913	¿Alguna vez se ha hecho el examen de próstata?	SI..... 1 NO..... 2	916																					
914	¿Cuál examen, el de sangre o el rectal?	SANGRE 1 RECTAL 2 SANGRE Y RECTAL 3																						
915	¿Cuánto tiempo hace que se hizo el examen de próstata?	MENOS DE UN AÑO 1 DE 1 A 3 AÑOS 2 MÁS DE 3 AÑOS 3 NO SABE 8	918																					
916	¿Por qué no se ha hecho el examen de próstata? ENCIERRE EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	FALTA DE INFORMACIÓN A AFECTA SU HOMBRÍA B NO SABE DONDE SE REALIZA C NO SABE DE SU IMPORTANCIA D NO SABE QUE HAY QUE HACERLO E NO SE HA SENTIDO ENFERMO F TEMOR AL EXÁMEN G TEMOR AL RESULTADO DEL EXÁMEN H OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z																						
917	¿En el futuro piensa hacerse el examen de próstata?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8																						
918	HORA DE TERMINACIÓN	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>																						

