

**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**

**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR**  
**ENDES - 2011**

**CUESTIONARIO DEL HOGAR**  
 AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICACIÓN**

<p><b>A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA</b></p> DEPARTAMENTO _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROVINCIA _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DISTRITO _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CENTRO POBLADO ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<p><b>B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL</b></p> ÁREA URBANA ZONA N° ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MANZANA N° ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ÁREA RURAL A.E.R. .... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VIVIENDA N° ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CUESTIONARIO <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/>
---	--	--

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR \_\_\_\_\_

**VISITAS DE LA ENTREVISTADORA**

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DÍA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENTREVISTADORA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RESULTADO***				RESULTADO FINAL..... <input type="checkbox"/>
PRÓXIMA VISITA: FECHA				NÚMERO
HORA				TOTAL DE VISITAS ..... <input type="checkbox"/>

**\*\*\*CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- 1 COMPLETA
- 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE
- 3 HOGAR AUSENTE
- 4 APLAZADA
- 5 RECHAZADA
- 6 VIVIENDA DESOCUPADA O NO ES VIVIENDA
- 7 VIVIENDA DESTRUIDA
- 8 VIVIENDA NO ENCONTRADA
- 9 OTRA \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

**DATOS DE CONTROL**

TOTAL HOGARES EN LA VIVIENDA.....      
 TOTAL PERSONAS EN EL HOGAR .....      
 MUJERES 15 - 49 AÑOS      
 N° DE ORDEN DEL INFORMANTE.....

NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)
FECHA	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN 1. LISTADO DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... MINUTOS.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				

**Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que habitualmente viven en su hogar o que se alojan ahora con usted.**

Nº ORDEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ELEGIBILIDAD	
			¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?				CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
	Dígame por favor el nombre de las personas que <b>habitualmente</b> viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, empezando por el Jefe del Hogar	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el Jefe del Hogar?  01 JEFE 02 ESPOSA / ESPOSO 03 HIJO / HIJA 04 YERNO / NUERA 05 NIETO / NIETA 06 PADRE / MADRE 07 SUEGRO / SUEGRA 08 HERMANO / HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO / HIJO DE CRIANZA 11 SIN PARENTESCO 12 EMPLEADA DOMÉSTICA			¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	<b>PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS</b>  ¿Cuál es su estado civil o conyugal?  1 Conviviente 2 Casado(a) 3 Viudo(a) 4 Divorciado(a) 5 Separado(a) 6 Soltero(a)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
			SI NO	SI NO	H M	EN AÑOS			
01		0 1	1 2	1 2	1 2			01	01
02			1 2	1 2	1 2			02	02
03			1 2	1 2	1 2			03	03
04			1 2	1 2	1 2			04	04
05			1 2	1 2	1 2			05	05
06			1 2	1 2	1 2			06	06
07			1 2	1 2	1 2			07	07
08			1 2	1 2	1 2			08	08
09			1 2	1 2	1 2			09	09
10			1 2	1 2	1 2			10	10
11			1 2	1 2	1 2			11	11
12			1 2	1 2	1 2			12	12
13			1 2	1 2	1 2			13	13
14			1 2	1 2	1 2			14	14
15			1 2	1 2	1 2			15	15

<p>Sólo para estar segura que tengo una lista completa</p> <p>1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado?      SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO      NO <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí?      SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO      NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche?      SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO      NO <input type="checkbox"/></p>	<p>TOTAL MUJERES 15 A 49</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; margin: 5px auto;"> <tr><td style="width: 50%; height: 30px;"></td><td style="width: 50%; height: 30px;"></td></tr> </table> <p>CONTIÚA EN OTRO CUESTIONARIO SI 1 NO 2</p>		

Nº OR- DEN	ELEGI- BILIDAD	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD			CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	
					PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS	
	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrito en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud?  Sí: ¿En cuál? ¿En algún otro seguro de salud?  A ESSALUD / Antes IPSS B Fuerzas Armadas o Policiales C Seguro Integral de Salud D Entidad Prestadora de Salud E Seguro Privado de Salud Y NO SABE Z NO ESTA AFILIADO  Y, Z: PASE A 13	¿(NOMBRE) es titular de alguno de los seguros de salud indicados?	La semana pasada, entre el domingo ___ y el sábado ___ (NOMBRE):  01 ¿Trabajó al menos una hora? 02 ¿Realizó alguna tarea o cachuelo? 03 ¿No trabajó pero tenía trabajo? 04 ¿Estuvo ayudando en la chacra, tienda o negocio de un familiar, sin pago alguno? 05 ¿Buscó trabajo? 06 ¿Estudiaba? 07 ¿Realizó los quehaceres del hogar? 08 ¿Es Jubilado /pensionista? 96 ¿Otro? 98 NO SABE		
	(10A)	(11)			(12)	(13)
				SI NO NS		
01	01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
02	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
03	03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
04	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
05	05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
06	06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
07	07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
08	08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
09	09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
10	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
11	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
12	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
13	13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
14	14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
15	15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

Nº OR- DEN	EDUCACIÓN													
	PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS			PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS										
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?		¿Cuál fue el nivel y año o grado de estudios más alto que (NOMBRE) aprobó?			En el presente año (NOMBRE), ¿Está matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?		Actualmente (NOMBRE), ¿Asiste a un centro o programa de educación básica o superior?		¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) actualmente asiste o se matriculó aunque no asiste?			El año pasado (NOMBRE), ¿Estuvo matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?	
			0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO  SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MÁS, ANOTE "6" EN AÑO							0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO  SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO				
	(14)		(15)			(16)		(17)		(18)			(19)	
	SI	NO	NIVEL	AÑO	GRADO	SI	NO	SI	NO	NIVEL	AÑO	GRADO	SI	NO
01	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
02	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
03	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
04	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
05	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
06	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
07	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
08	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
09	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
10	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
11	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
12	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
13	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
14	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22
15	1	2 PASE 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2 PASE 22

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

Nº OR- DEN	EDUCACIÓN		SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES			
	PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS		PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS			
	¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) asistió el año pasado?	El año o grado de estudios al que (NOMBRE) asistió el año pasado: ¿Lo aprobó, lo desaprobó o se retiró?	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?  NO O NS: PASE A 24	ESTA VIVA ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)?  SI: ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE  NO: ANOTE "00"	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?  NO O NS:  PASE A 14 EN LA SIGUIENTE FILA SI HAY MÁS PERSONAS ; SINO PASE A 26	ESTA VIVO ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)?  SI: ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE  NO: ANOTE "00"
	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	NIVEL AÑO GRADO		SI NO NS		SI NO NS	
01	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
02	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
08	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
09	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
12	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
13	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
14	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
15	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

## SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
40	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?	<b>RED PÚBLICA</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13  <b>AGUA DE POZO</b> POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 POZO PÚBLICO..... 22  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32  AGUA DE LLUVIA..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 AGUA EMBOTELLADA..... 91 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	} → 42 } → 47 } → 45 } → 47 } → 45
41	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	<b>RED PÚBLICA</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13  <b>AGUA DE POZO</b> POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 POZO PÚBLICO..... 22  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32  AGUA DE LLUVIA..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	} → 47 } → 45 } → 47 } → 45
42	¿La fuente de abastecimiento de agua en el hogar está disponible todo el día?	SI..... 1 NO..... 2	
43	En las últimas dos semanas ¿Tuvo un corte de agua todo un día o más tiempo?	SI..... 1 NO..... 2	
44	<b>VERIFIQUE 40 Y 41</b> FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO/ PILÓN / GRIFO PÚBLICO (Códigos: 12 ó 13)	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA (Código: 11)	<input type="checkbox"/> → 47
45	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input style="width: 40px;" type="text"/> NO SABE ..... 99	
46	Generalmente, ¿Quién va a recoger agua para su hogar?  SONDEE: ¿Es mayor o menor de 15 años?	MUJER ADULTA..... 1 HOMBRE ADULTO..... 2 NIÑA MENOR DE 15 AÑOS..... 3 NIÑO MENOR DE 15 AÑOS..... 4 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
47	En su hogar, ¿Habitualmente toman o beben agua tal como viene del caño, pozo o fuente de abastecimiento?  "SI": CIRCULE 01 "NO": ¿Qué le hacen al agua que habitualmente utilizan para tomar o beber?	TOMAN TAL COMO VIENE DE LA FUENTE..... 01 LA HIERVEN..... 02 LE ECHAN LEJÍA/CLORO..... 03 UTILIZA UN FILTRO ESPECIAL PARA AGUA ..... 04 FILTRA A TRAVÉS DE UNA TELA..... 05 DESINFECCIÓN SOLAR..... 06 DEJA REPOSAR..... 07 TOMAN AGUA EMBOTELLADA..... 91 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	} → 51
48	El agua que usan para beber, ¿es agua que conservan en un envase o recipiente?	SI..... 1 NO..... 2	} → 51
49	¿Qué tipo de envase o recipiente es?	OLLA / TETERA..... 01 BALDE..... 02 JARRA..... 03 BIDÓN..... 04 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
50	¿Lo usa con tapa?	SI..... 1 NO..... 2	
51	¿Su hogar paga por el agua?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	53
52	¿A quién paga por el agua?	INSTITUCIÓN/ EMPRESA PÚBLICA ..... 1 INSTITUCIÓN/EMPRESA PRIVADA..... 2 OTRO PROVEEDOR PRIVADO DE AGUA..... 3 JUNTA ADMINISTRADORA DE LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO (JASS)..... 4 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
53	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar?  SI TIENE LETRINA SONDEE EL TIPO	<b>CONECTADO A RED PÚBLICA DE DESAGÜE</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 POZO SÉPTICO/ TANQUE SEPTICO..... 21 <b>LETRINA</b> MEJORADA VENTILADA..... 31 MEJORADA ECOLÓGICA / ABONERA / COMPOSTERA..... 32 MEJORADA COLGANTE / FLOTANTE..... 33 POZO CIEGO O NEGRO CON TRATAMIENTO DE CAL, CENIZA, ESTIÉRCOL, ASERRÍN, ARENA..... 34 POZO CIEGO O NEGRO ..... 35 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL/ CAMPO)..... 51 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	57
54	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	56
55	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 ..... <input type="text" value="0"/> 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	
56	¿Con qué frecuencia realizan el aseo del baño o letrina?	VARIAS VECES AL DÍA ..... 1 UNA VEZ AL DÍA..... 2 VARIAS VECES A LA SEMANA ..... 3 UNA VEZ A LA SEMANA ..... 4 DE 8 A MÁS DÍAS ..... 5 NUNCA ..... 6 NO SABE..... 8	
57	Los miembros de este hogar ¿Dónde se lavan las manos?	DENTRO O CERCA DEL BAÑO..... 1 DENTRO O CERCA DE LA COCINA ..... 2 EN OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 3 FUERA DE LA VIVIENDA ..... 4 NO TIENEN UN LUGAR ESPECIFICO ..... 5	
58	¿Ustedes, cómo eliminan o dónde botan la mayor parte de la basura orgánica; es decir, la cáscara de los tubérculos, frutas, verduras, restos de alimentos preparados y/o los desechos del jardín?	<b>RECOGIDO DE LA CASA</b> POR EL GOBIERNO..... 11 POR EL MUNICIPIO..... 12 POR LA COMUNIDAD..... 13 POR EMPRESAS PRIVADAS..... 14 OTRO ..... 15 (ESPECIFIQUE) <b>TIRAN EN CONTENEDORES</b> DEL GOBIERNO..... 21 DEL MUNICIPIO..... 22 DE LA COMUNIDAD..... 23 DE EMPRESAS PRIVADAS..... 24 <b>DEPOSITADO O TIRADO</b> CAMPO ABIERTO..... 31 LUGAR DISTANTE..... 41 EN LA CALLE..... 42 DENTRO DEL PATIO O TERRENO ..... 43 RÍO/ACEQUIA..... 44 LA QUEMAN..... 51 LA ENTIERRAN ..... 61 COMPOST ..... 71 ALIMENTAN A LOS ANIMALES ..... 81 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	60

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
59	¿Cada qué tiempo recogen la basura?	DIARIO..... 01 VARIAS VECES A LA SEMANA ..... 02 SEMANAL..... 03 QUINCENAL ..... 04 UNA VEZ POR MES ..... 05 ES IRREGULAR ..... 06 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	
60	Antes de botar la basura ¿En qué la almacenan?	RECIPIENTE O CONTENEDOR CUBIERTO ..... 1 RECIPIENTE O CONTENEDOR DESCUBIERTO ..... 2 BOLSA DE PLÁSTICO/COSTAL DE POLIETILENO, YUTE ..... 3 BOLSA DE PAPEL O PERIÓDICO/CAJA DE CARTÓN ..... 4 NO TIENE RECIPIENTE ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	
61	Su hogar tiene:		
	a. ¿sofá?	a. SOFÁ..... 1	2
	b. ¿vitrina / aparador?	b. VITRINA / APARADOR..... 1	2
	c. ¿repostero?	c. REPOSTERO..... 1	2
	d. ¿comoda / ropero?	d. COMODA / ROPERO..... 1	2
	e. ¿reloj de pared?	e. RELOJ DE PARED..... 1	2
	f. ¿teléfono fijo?	f. TELÉFONO FIJO..... 1	2
	g. ¿celular?	g. CELULAR..... 1	2
	h. ¿radio?	h. RADIO..... 1	2
	i. ¿televisión?	i. TELEVISIÓN..... 1	2
	j. ¿televisión por cable?	j. TELEVISIÓN POR CABLE..... 1	2
	k. ¿licuadora?	k. LICUADORA..... 1	2
	l. ¿cocina a gas?	l. COCINA A GAS..... 1	2
	m. ¿cocina a kerosene?	m. COCINA A KEROSENE..... 1	2
	n. ¿microondas?	n. MICROONDAS..... 1	2
	ñ. ¿refrigeradora/congeladora?	ñ. REFRIGERADORA/CONGELADORA..... 1	2
	o. ¿lavadora?	o. LAVADORA..... 1	2
	p. ¿computadora?	p. COMPUTADORA..... 1	2
	q. ¿internet?	q. INTERNET..... 1	2
	r. ¿bomba de agua?	r. BOMBA DE AGUA..... 1	2
	s. ¿generador de electricidad?	s. GENERADOR DE ELECTRICIDAD..... 1	2
62	¿Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL..... 05 CARBÓN MINERAL..... 06 LEÑA ..... 07 BOSTA ..... 08 RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... 09 CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... 10 NO COCINA ..... 95 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	70
63	¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2	65
64	¿Qué otro tipo de combustible utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL..... 05 CARBÓN MINERAL..... 06 LEÑA ..... 07 BOSTA ..... 08 RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... 09 CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... 10 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
65	<b>VERIFIQUE 62 Y 64 :</b> EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 05 AL 96	<input type="checkbox"/> EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 01 AL 04	<input type="checkbox"/> 67
66	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea o conducto para eliminar el humo?	SI ..... 1 NO..... 2 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
67	Generalmente, ¿Se cocina dentro de la casa, al aire libre o en cuarto separado?	DENTRO DE LA CASA..... 1 AL AIRE LIBRE/PATIO/AZOTEA..... 2 CUARTO SEPARADO..... 3 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	69
68	¿Utilizan un cuarto especialmente para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
69	¿Ustedes compran combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2	
70	¿Qué tipo de alumbrado utilizan en su hogar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 VELAS..... 05 BATERÍA..... 06 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
71	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
72	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
73	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA  POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<b>PISO ACABADO</b> PARQUET O MADERA PULIDA ..... 11 LÁMINAS ASFÁLTICAS, VINÍLICOS O SIMILARES ..... 12 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES ..... 13 CEMENTO/LADRILLO ..... 14 <b>PISO RÚSTICO</b> MADERA (ENTABLADOS) ..... 21 PONA ..... 22 <b>PISO NATURAL</b> TIERRA / ARENA ..... 31 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
74	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA  POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<b>ELABORADOS / ACABADOS</b> LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 11 PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO..... 12 ADOBE O TAPIA TARRAJEADOS..... 13 <b>RÚSTICOS</b> ADOBE O TAPIA SIN TARRAJEAR..... 21 TABLONES / MADERA..... 22 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) ..... 23 PIEDRA CON BARRO ..... 24 <b>NATURALES / LIGEROS</b> CAÑA / BAMBU/PONA/ PALMA / TRONCOS/ TABIQUE ..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 TRIPLE ..... 34 SIN PAREDES ..... 35 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
75	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA  POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<b>ELABORADOS / ACABADOS</b> CONCRETO ARMADO..... 11 TEJAS..... 12 <b>RÚSTICOS</b> PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES..... 21 MADERA..... 22 CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO..... 23 <b>NATURALES / LIGEROS</b> PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 SIN TECHO ..... 34 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
76	TIPO DE VENTANAS DE LA VIVIENDA  POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TIENE VENTANAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: right;">→ 77</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON VIDRIO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VENTANA CON MADERA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON MALLAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>		TIENE VENTANAS.....	1	2	→ 77	VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2		VENTANA CON MADERA.....	1	2		VENTANAS CON MALLAS.....	1	2		VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2																												
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																																																			
TIENE VENTANAS.....	1	2	→ 77																																																		
VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2																																																			
VENTANA CON MADERA.....	1	2																																																			
VENTANAS CON MALLAS.....	1	2																																																			
VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2																																																			
77	Algún miembro de su hogar tiene: a. ¿bicicleta / triciclo? b. ¿motocicleta/motokar? c. ¿carro ó camión? d. ¿carreta? e. ¿bote a motor? f. ¿otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BICICLETA / TRICICLO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CARRO O CAMIÓN .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CARRETA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOTE A MOTOR .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>		BICICLETA / TRICICLO .....	1	2		MOTOCICLETA .....	1	2		CARRO O CAMIÓN .....	1	2		CARRETA .....	1	2		BOTE A MOTOR .....	1	2		OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	1	2																								
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																																																			
BICICLETA / TRICICLO .....	1	2																																																			
MOTOCICLETA .....	1	2																																																			
CARRO O CAMIÓN .....	1	2																																																			
CARRETA .....	1	2																																																			
BOTE A MOTOR .....	1	2																																																			
OTRO _____ (ESPECIFIQUE)	1	2																																																			
78	¿Algún miembro de su hogar es dueño de tierras agrícolas?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SI.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: right;">→ 80</td> </tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2	→ 80																																													
SI.....	1																																																				
NO.....	2	→ 80																																																			
79	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">HECTAREAS.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>OTRA MEDIDA _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>NO SABE/NO CONOCE .....</td> <td colspan="4" style="text-align: right;">998</td> </tr> </table>	HECTAREAS.....	□	□	□	□	OTRA MEDIDA _____ (ESPECIFIQUE)	□	□	□	□	NO SABE/NO CONOCE .....	998																																							
HECTAREAS.....	□	□	□	□																																																	
OTRA MEDIDA _____ (ESPECIFIQUE)	□	□	□	□																																																	
NO SABE/NO CONOCE .....	998																																																				
80	Algún miembro de su hogar es dueño de ...  ...¿reses ? ...¿caballos, mulas o burros? ...¿cabras? ...¿ovejas? ...¿aves en general? ...¿cuyes, conejos? ...¿cerdos? ...¿llamas, alpacas? ...¿otros animales?  PARA CADA RESPUESTA "SI" PREGUNTE: <b>¿Cuántos?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> <th style="text-align: center;">CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RESES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>CABALLOS/MULAS/BURROS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>CABRAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>OVEJAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>AVES EN GENERAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>CUYES./CONEJOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>CERDOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>LLAMAS/ALPACAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td>OTROS ANIMALES _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CANTIDAD	RESES .....	1	2	8	□ □ □ □	CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	□ □ □ □	CABRAS.....	1	2	8	□ □ □ □	OVEJAS.....	1	2	8	□ □ □ □	AVES EN GENERAL.....	1	2	8	□ □ □ □	CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	□ □ □ □	CERDOS.....	1	2	8	□ □ □ □	LLAMAS/ALPACAS.....	1	2	8	□ □ □ □	OTROS ANIMALES _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	8	□ □ □ □	
	SI	NO	NS	CANTIDAD																																																	
RESES .....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
CABRAS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
OVEJAS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
AVES EN GENERAL.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
CERDOS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
LLAMAS/ALPACAS.....	1	2	8	□ □ □ □																																																	
OTROS ANIMALES _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	8	□ □ □ □																																																	
81	Por favor dígame si este hogar tiene alguno de los siguientes productos:  a. ¿Ácido muriático, creso u otro similar? b. ¿Veneno para ratas o pericotes? c. ¿Pinturas, barnices? d. ¿Preservantes de madera, pegamentos, tiner u otros solventes? e. ¿Gasolina, petróleo u otro líquido combustible? f. ¿Aceite, líquido de frenos, líquido hidráulico, limpiador de motor para vehículos? g. ¿Artículos que contienen Mercurio o Plomo?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO U OTRO SIMILAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PINTURAS, BARNICES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO, LIMPIADOR DE MOTOR PARA VEHICULOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ARTICULOS QUE CONTIENEN MERCURIO O PLOMO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO U OTRO SIMILAR.....	1	2	VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....	1	2	PINTURAS, BARNICES.....	1	2	PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....	1	2	GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....	1	2	ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO, LIMPIADOR DE MOTOR PARA VEHICULOS.....	1	2	ARTICULOS QUE CONTIENEN MERCURIO O PLOMO.....	1	2																											
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																																																			
ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO U OTRO SIMILAR.....	1	2																																																			
VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....	1	2																																																			
PINTURAS, BARNICES.....	1	2																																																			
PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....	1	2																																																			
GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....	1	2																																																			
ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO, LIMPIADOR DE MOTOR PARA VEHICULOS.....	1	2																																																			
ARTICULOS QUE CONTIENEN MERCURIO O PLOMO.....	1	2																																																			
82	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">HORA.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>MINUTOS.....</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </table>	HORA.....	□	□	MINUTOS.....	□	□																																													
HORA.....	□	□																																																			
MINUTOS.....	□	□																																																			
83	<b>ENTREVISTADORA:</b> - VEA LA COLUMNA (10A); Y, DE ESTAR LISTADA AL MENOS UNA PERSONA DE 40 O MÁS AÑOS DE EDAD PASE A SECCIÓN 3 - DE NO ESTAR LISTADA PERSONA ALGUNA CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; VEA COL. 9 Y APLIQUE CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIEN CORRESPONDA PARA LUEGO CONTINUAR CON LA SECCIÓN 4, 5 Y 7.																																																				



	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 7	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: _____
115	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el asma?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
116	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 118)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 118)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 118)←
117	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el cáncer o tumor maligno ?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
118	Actualmente, ¿Usted tiene tos con flema que ya le dura más de 15 días?.	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 120)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 120)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 120)←
119	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la tos con flema?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
120	¿Algún médico le ha dicho que tuvo un infarto o tiene alguna enfermedad del corazón?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 122)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 122)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 122)←
121	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el corazón?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
122	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene "Presión Alta" o Hipertensión Arterial?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 125)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 125)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 125)←
123	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la "Presión Alta"?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
124	¿Hace cuánto tiempo que el médico u otro profesional de la salud le diagnosticó que usted tiene "Presión Alta" o Hipertensión Arterial?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
125	Normalmente, ¿Su actividad diaria la realiza de pie o sentado/a?	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2
126	Normalmente, ¿Qué tanto esfuerzo físico le demanda a usted realizar su actividad diaria: leve, moderado o alto?	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2
127	Normalmente, ¿Usted practica algún deporte o realiza algún ejercicio físico como planchas, caminatas u otro similar al menos un día a la semana?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
128	El día domingo, por lo normal ¿Cuántas horas usted ve televisión y/o películas en casa?	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3
129	¿Suele usted agregarle sal a su plato de comida para atender su gusto personal?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
130	Normalmente, ¿Usted acompaña con ensalada de verduras el consumo de menestras?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
131	Normalmente, ¿Usted consume fruta fresca todos los días de la semana?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 7	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE: _____
132	Normalmente, ¿Usted consume alguna golosina o postre entre las comidas diarias?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
133	Normalmente, ¿Cuántos días de la semana come usted alguna fritura: papa frita, pollo frito, churrasco, pescado frito u otro similar?	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>
134	Normalmente, ¿Usted come el pollo sin pellejo y/o la carne desgrasada?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
135	¿Alguna vez usted ha fumado diariamente al menos un cigarrillo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←
136	¿A qué edad empezó a fumar diariamente al menos un cigarrillo?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/>	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/>	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/>
137	Actualmente, ¿Usted fuma diariamente al menos un cigarrillo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 139)←
138	En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA..... <input type="text"/>	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA..... <input type="text"/>	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA..... <input type="text"/>
139	En el mes de (anterior)..... ¿Ha tomado usted al menos un vaso de cachina, cerveza, vino, pisco, u otra bebida similar?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 144)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 144)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 144)←
140	En ese mes ¿En cuántas ocasiones u oportunidades tomó usted?	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ..... <input type="text"/>	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ..... <input type="text"/>	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ..... <input type="text"/>
141	¿Cuántos vasos o botellas tomó usted la última vez?	Nº DE VASOS..... 1 <input type="text"/> Nº DE BOTELLAS..... 2 <input type="text"/>	Nº DE VASOS..... 1 <input type="text"/> Nº DE BOTELLAS..... 2 <input type="text"/>	Nº DE VASOS..... 1 <input type="text"/> Nº DE BOTELLAS..... 2 <input type="text"/>
142	¿Cuál de esas bebidas toma usted con mayor frecuencia?	CHICHA DE JORA..... 01 CACHINA..... 02 CERVEZA..... 03 VINO..... 04 PISCO..... 05 RON..... 06 WHISKY..... 07 YONQUE / CAÑA..... 08 MAZATO..... 09 OTRO..... 96 <i>Especifique</i>	CHICHA DE JORA..... 01 CACHINA..... 02 CERVEZA..... 03 VINO..... 04 PISCO..... 05 RON..... 06 WHISKY..... 07 YONQUE / CAÑA..... 08 MAZATO..... 09 OTRO..... 96 <i>Especifique</i>	CHICHA DE JORA..... 01 CACHINA..... 02 CERVEZA..... 03 VINO..... 04 PISCO..... 05 RON..... 06 WHISKY..... 07 YONQUE / CAÑA..... 08 MAZATO..... 09 OTRO..... 96 <i>Especifique</i>
143	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/>
144		REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145	REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145	REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145
	MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA <input type="checkbox"/>			
145	<b>ENTREVISTADORA:</b> - VEA LA COLUMNA (9) Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIÉN CORRESPONDA - LAS SECCIONES 4, 5, 6 Y 7 DE ESTE CUESTIONARIO SERÁN DILIGENCIADAS AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL; O, SI ENTREVISTADO ES VARÓN.			

## SECCIÓN 4. MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA

### MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (9) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 200 Y 201 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL N° DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 202 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MEF POR MEF, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

N° DE ORDEN EN COL. (9) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(200)	(201)	(202)	(203)	(204)	(205)	(206)	(207)
		AÑOS					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

### NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (10) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 200 Y 201 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL N° DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLOS TIENEN. LUEGO, MEF POR NIÑO, VEA LA PREGUNTA 217 Y 215 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, Y NIÑO POR NIÑO, TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 202 Y 203 LA EDAD, MES Y AÑO DE NACIMIENTO. POSTERIORMENTE, PREGUNTE POR EL DÍA DE NACIMIENTO Y CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

N° DE ORDEN EN COL. (10) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L. H.	EDAD PGTA 217 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? * PREGUNTA 215 DEL C. I.	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDO (A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(200)	(201)	(202)	(203)	(204)	(205)	(206)	(207)
			DÍA    MES    AÑO			ACOST    PAR.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1    2	<input type="text"/>

\* PARA NIÑO(A)S NO INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS, PREGUNTE DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO.

CULMINADA LA TOMA DEL PESO Y TALLA DE LA MEF Y SUS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD PASE A REALIZAR LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA HASTA AGOTAR TODAS LAS MEF Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD.

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA

FECHA DE LA MEDICIÓN: \_\_\_\_\_ DÍA   MES   AÑO

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 5. PRUEBA DE HEMOGLOBINA

Como parte de esta encuesta, estamos investigando la presencia de Anemia en mujeres y niños como un problema de orden nutricional en nuestro país, cuyas principales consecuencias son: fatiga, mareo, dolor de cabeza, palidez y palpitaciones, que también se expresa en un bajo rendimiento intelectual, alteraciones de la conducta y baja productividad. La anemia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible en la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; es decir, sea por la carencia de suficientes glóbulos rojos o de una baja concentración de hemoglobina en la sangre.

Esta investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento de la Anemia. Con tal motivo, solicitamos que usted (y los niños menores de 6 años) participen en la prueba de Anemia que consiste en dar una gotita de sangre de su dedo; prueba que realizamos con equipos probados y garantizados; e, insumos seguros y descartables para cada persona.

Inmediatamente después de la prueba le estaremos dando los resultados, los cuales serán confidenciales.

Sin embargo, si usted decide no hacerse la prueba está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión. Ahora, por favor dígame ¿Acepta hacerse la prueba de hemoglobina?

### MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

MEF A MEF VEA PGTA 202. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 208 SEGÚN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	ACTUALMENTE EMBARAZADA (VEA PGTA. 226 DEL C.I. LUEGO CIRCULE S. C.)	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(208)	(209)	(210)	(211)	(212)	(213)
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 PASE A 210 ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 PASE A 210 ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 PASE A 210 ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 PASE A 210 ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

EFECTUADA LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA DE LA MEF, CONTINUE CON SUS MENORES DE 6 AÑOS SI LOS TUVIERA. CASO CONTRARIO, PROSIGA CON LA OTRA MEF O NIÑO DE SER EL CASO.

### NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD

NIÑO A NIÑO VEA PGTA 203. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 208 SEGÚN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 MEDIDO(A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(208)	(209)	(210)	(211)	(212)	(213)
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 PASE SGTE. NIÑO ←	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 PASE A 213 ←	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>



## SECCIÓN 6. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

### MUJERES CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LAS COLUMNAS (6) Y (10A) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES QUE TIENEN 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 216 Y 217 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL N° DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MUJER POR MUJER, VEA LA PREGUNTA 7 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR O 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 218 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MUJER POR MUJER, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

N° DE ORDEN EN COL. (10A) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 7 L.H. O 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(216)	(217)	(218)	(219)	(220)	(221)	(221A)	(222)
AÑOS		AÑOS		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

### HOMBRES CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LAS COLUMNAS (6) Y (10A) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS HOMBRES QUE TIENEN 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; Y, EN LAS PREGUNTAS 216, 217 Y 218 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL N° DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD QUE ELLOS TIENEN. POSTERIORMENTE, PERSONA POR PERSONA, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

N° DE ORDEN EN COL. (1) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 7 DEL L. H.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(216)	(217)	(218)	(219)	(220)	(221)	(221A)	(222)
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1ra. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	2da. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Minutos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA

## SECCIÓN 7. PRUEBA DE YODO EN LA SAL Y DE CLORO RESIDUAL EN EL AGUA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A						
223	SOLICITE UNA CUCHARADITA DE LA SAL QUE UTILIZAN EN EL HOGAR PARA COCINAR Y EXPLIQUE QUE SE TRATA DE DETERMINAR EL NIVEL DE YODO QUE CONTIENE LA SAL QUE ELLOS CONSUMEN.								
224	REALICE LA PRUEBA DE YODO Y CIRCULE EL CODIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	SIN COLORACION (VALOR "0")..... 1 COLORACIÓN TENUE (VALOR "7")..... 2 COLORACIÓN AZUL O MORADO (VALOR "15")..... 3 COLORACIÓN MORADO OSCURO (VALOR "30 a más")..... 4 NO HAY SAL EN EL HOGAR..... 5 NO SE PUDO REALIZAR LA PRUEBA ..... 9	} → 226						
225	¿Me permite ver la bolsa de la sal?  BOLSA VISTA: ANOTE LA MARCA Y CIRCULE "1"  BOLSA NO VISTA: ¿Cuál es la marca de la sal que están usando?	_____ VISTA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Especifique la marca  _____ NO VISTA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Especifique la marca  No sabe: ..... 998	1			2			
1									
2									
226	<p><b>VEA LA PREGUNTA "40". LUEGO, SOLICITE PERMISO PARA TOMAR UNA MUESTRA DEL AGUA QUE SE CONSUME EN EL HOGAR, INDAGANDO SOBRE LA FUENTE O RECIPIENTE DE DONDE LOS MIEMBROS DEL HOGAR ACCEDEN AL AGUA QUE BEBEN DIARIAMENTE, A FIN DE EVALUAR LA CALIDAD BACTERIOLÓGICA DE LA MISMA.</b></p> <p><b>TOMAR LA MUESTRA DEL GRIFO O CAÑO</b>, SI EL HOGAR CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA Y LA CONSUME DIRECTAMENTE DEL LUGAR DE SUMINISTRO.</p> <p><b>TOMAR LA MUESTRA DEL DEPÓSITO O RECIPIENTE</b>, SI EL HOGAR NO CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA; Ó, SI TENIENDO EL SERVICIO DE RED PUBLICA EL AGUA NO LA CONSUME DIRECTAMENTE DE LA FUENTE DE SUMINISTRO SINO DEL RECIPIENTE DONDE LA GUARDA.</p> <p><b>SI MIEMBROS DEL HOGAR CONSUMEN EL AGUA DIRECTAMENTE DEL RIO, ACEQUIA, LAGUNA, MANANTIAL, POZO O SIMILAR , NO LA ALMACENAN, EN LA PREGUNTA 227 CIRCULE LA ALTERNATIVA "4".</b></p> <p><b>SI MIEMBROS DEL HOGAR PRINCIPALMENTE BEBEN AGUA EMBOTELLADA, CIRCULE LA ALTERNATIVA "5".</b></p>								
227	REALICE LA PRUEBA DE CLORO RESIDUAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	Mayor o Igual a 0.5 mg/Lt. .... 1 De 0.1 mg/Lt. A menos de 0.5 mg/Lt. .... 2 0.0 mg/Lt. .... 3 La toman tal como viene del: Rio, Acequia, Pozo, etc 4 Toman agua embotellada..... 5 No se pudo realizar la Prueba ..... 9							





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

1. Verifique en la portada del Cuestionario del Hogar el **último dígito del número de selección de la vivienda** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **FILA** a usar en el cuadro. FILA
2. Verifique **en la columna 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 de Selección de la Vivienda	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 en el LISTADO DE HOGAR 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 de arriba no es equivalente al número de orden de la mujer.
5. Revise la **columna 9** del LISTADO DE HOGAR 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 y ponga una "X" al lado del número de orden en la **columna 9**.





REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

## ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2011

**CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 15 A 49 AÑOS**

CONGLOMERADO	VIVIENDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**¿LA ENTREVISTADA ACEPTA LA ENTREVISTA?**

SI, ACEPTA: 1                      SI, EN OTRO MOMENTO: 2                      NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA

EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : \_\_\_\_\_

--	--

MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN

SI = 1

DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

NO= 2

### VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL							
FECHA				FECHA: DÍA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO ENTREVISTADORA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
RESULTADO***				RESULTADO FINAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							

**\*\*\*CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- |            |                           |               |
|------------|---------------------------|---------------|
| 1 COMPLETA | 4 RECHAZADA               | 7 OTRA _____  |
| 2 AUSENTE  | 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE | (ESPECIFIQUE) |
| 3 APLAZADA | 6 INCAPACITADA            |               |

NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)			
FECHA	_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	

**TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS  
EN EL 2011**

(Cuando se informa tanto sobre la fecha de nacimiento como sobre la edad)

Edad Actual	Año de Nacimiento		Edad Actual	Año de Nacimiento	
	No ha cumplido años en 2011	Ha cumplido años en 2011		No ha cumplido años en 2011	Ha cumplido años en 2011
	No Sabe			No Sabe	
0 >	2010	---	30 >	1980	1981
1 >	2009	2010	31 >	1979	1980
2 >	2008	2009	32 >	1978	1979
3 >	2007	2008	33 >	1977	1978
4 >	2006	2007	34 >	1976	1977
5 >	2005	2006	35 >	1975	1976
6 >	2004	2005	36 >	1974	1975
7 >	2003	2004	37 >	1973	1974
8 >	2002	2003	38 >	1972	1973
9 >	2001	2002	39 >	1971	1972
10 >	2000	2001	40 >	1970	1971
11 >	1999	2000	41 >	1969	1970
12 >	1998	1999	42 >	1968	1969
13 >	1997	1998	43 >	1967	1968
14 >	1996	1997	44 >	1966	1967
15 >	1995	1996	45 >	1965	1966
16 >	1994	1995	46 >	1964	1965
17 >	1993	1994	47 >	1963	1964
18 >	1992	1993	48 >	1962	1963
19 >	1991	1992	49 >	1961	1962
20 >	1990	1991	50 >	1960	1961
21 >	1989	1990	51 >	1959	1960
22 >	1988	1989	52 >	1958	1959
23 >	1987	1988	53 >	1957	1958
24 >	1986	1987	54 >	1956	1957
25 >	1985	1986	55 >	1955	1956
26 >	1984	1985	56 >	1954	1955
27 >	1983	1984	57 >	1953	1954
28 >	1982	1983	58 >	1952	1953
29 >	1981	1982	59 >	1951	1952

## SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo? <b>SI ES CIUDAD, SONDEE:</b> ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO ..... 5																													
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 <input type="checkbox"/> → 105 VISITANTE ..... 96 <input type="checkbox"/>																													
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? <b>SI ES CIUDAD, SONDEE:</b> ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO ..... 1 CIUDAD ..... 2 PUEBLO ..... 3 CAMPO ..... 4 EXTRANJERO ..... 5																													
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																													
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? <b>COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES</b>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 114																													
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?  - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE AÑO</th> <th style="text-align: center;">ANOTE GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO																												
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
110	<b>VERIFIQUE 106:</b>  24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/> → 25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> → 113																														
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 → 113 NO..... 2																													



## SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántas hijas viven con usted? ¿Cuántos hijos viven con usted? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con usted? ¿Cuántos hijos no están viviendo con usted? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a 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, aunque sólo viviera pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? <b>SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"</b>	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL <b>SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"</b>	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	<b>VERIFIQUE 208:</b>  Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:  ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida?  ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → <b>INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO</b>		
210	<b>VERIFIQUE 208:</b>  UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226		

211



212	213	214	215	216	217 <u>SI ESTA VIVO</u>	218 <u>SI ESTA VIVO</u>	219 <u>SI ESTA VIVO</u>	220 <u>SI ESTA MUERTO</u>	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o único?	¿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?  ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad 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) ?  SI: SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO: PRÓXIMO NACIMIENTO
09  _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
10  _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
11  _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
12  _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
13  _____ (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
221A	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. ¿LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MÁS?								SI..... 1 NO..... 2 → 223
222	¿Ha tenido Ud. algún hijo 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								
223A	VERIFIQUE:	PARA CADA NACIMIENTO:	SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215)						<input type="checkbox"/>
		PARA CADA HIJO VIVO:	SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217)						<input type="checkbox"/>
		PARA CADA HIJO MUERTO:	SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)						<input type="checkbox"/>
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES '12 MESES' O '1 AÑO' ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.						1. _____	2. _____	3. _____
223C	¿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 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2006. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.								<input type="text"/>
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2006 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO. ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229B
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada <b>en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?</b>	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Se ha hecho control del embarazo?  SI, SÍ, ¿En dónde?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  ¿En algún otro lugar?   CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PUBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD ..... B FFAA Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA ..... D PUESTO DE SALUD MINSA ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO POSTA DE ESSALUD ..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... I CASA DE PARTERA ..... J <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... K HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... L OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SE HIZO CONTROL PRENATAL..... Y	229B
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
229B	¿Está Ud. afiliada al Seguro Integral de Salud?  SI RESPONDE "SI" SOLICITE FICHA DE AFILIACIÓN	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADA..... 3	229D 230
229C	REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN	CÓDIGO DE AFILIACIÓN <input type="text"/>  DÍA      MES      AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
229D	¿Cómo se enteró Ud. del Seguro Integral de Salud?  ¿Por algún otro medio?  CIRCULE TODAS LAS FUENTES DE INFORMACION QUE MENCIONE	POR LA TELEVISIÓN ..... A POR LA RADIO ..... B POR LOS PERIÓDICOS ..... C PERSONAL DE SALUD LE INFORMÓ ..... D A TRAVES DE UN FAMILIAR / AMIGOS ..... E CLUB DE MADRES/ COM. POPULAR..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	236
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	<b>VERIFIQUE 231:</b>  ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DEL 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/>	236

233

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
233	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
234	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto desde enero del 2006?	SI..... 1 NO..... 2	236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO, QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO POSTERIOR A ENERO DEL 2006 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
235A	¿Tuvo Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2006?	SI..... 1 NO..... 2	236
235B	¿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"/>	
236	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación?  _____ FECHA, SI LA DA	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"/> HISTERECTOMIZADA/MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
237	Entre una regla y otra regla ¿Cree usted que hay ciertos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	239

### PERIODO MENSTRUAL



238	Para Ud. ¿Cuáles son esos días en los cuales una mujer si tiene relaciones sexuales puede quedar mas fácilmente embarazada?  _____ _____ ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	DÍAS ANTES AL INICIO DE LA REGLA/ MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA REGLA/MENSTRUACIÓN..... 02 DÍAS DESPUÉS DE TERMINADA LA REGLA / MENSTRUACIÓN..... 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 04 EN CUALQUIER DÍA / MOMENTO..... 05 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
239	¿Qué documentos de identificación tiene Ud. ?  ¿Algún otro documento?  CIRCULE TODOS LOS TIPOS DE DOCUMENTO QUE MENCIONE	PARTIDA DE NACIMIENTO..... A BOLETA DE INSCRIPCIÓN..... B DNI..... C LIBRETA ELECTORAL..... D LIBRETA MILITAR..... E NO TIENE..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

### SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

<b>300</b> 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. <b>PARA CADA MÉTODO CIRCULADO CON CÓDIGO 1 EN 301, PREGUNTE 302</b>																																																																								
<b>301</b> ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? <b>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE PREGUNTE:</b> ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) <b>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</b>		<b>302</b> ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?  <b>PREGUNTE PARA CADA MÉTODO CIRCULADO "1" EN PREGUNTA 301</b>																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><b>01</b></td> <td style="width: 45%;"> <b>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</b>                      Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.                 </td> <td style="width: 10%;">                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">↓</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>02</b></td> <td> <b>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)</b>                      Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     ¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos?                      SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>03</b></td> <td> <b>PÍLDORA</b>                      Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos?                      SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>04</b></td> <td> <b>DIU</b>                      El médico o la obstetrix puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo ("T" de cobre).                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>05</b></td> <td> <b>INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA</b>                      Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>06</b></td> <td> <b>IMPLANTES O NORPLANT</b>                      El médico o la obstetrix puede colocar en la cara interna del brazo de la mujer seis capsulas, las cuales pueden prevenir el embarazo durante cinco años.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>07</b></td> <td> <b>PRESERVATIVO O CONDÓN</b>                      Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>08</b></td> <td> <b>PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO</b>                      Las mujeres pueden usar dentro de la vagina una bolsita de plástico especial antes de cada relación sexual para evitar el embarazo                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>09</b></td> <td> <b>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES)</b>                      Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>10</b></td> <td> <b>MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA</b> </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>11</b></td> <td> <b>ABSTINENCIA PERIODICA: REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS, COLLAR DEL CICLO</b>                      Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>12</b></td> <td> <b>RETIRO</b>                      Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>13</b></td> <td> <b>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</b>                      Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo                 </td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>14</b></td> <td> <b>OTROS MÉTODOS</b>                      Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?                 </td> <td>                     SI..... 1                      _____                      (ESPECIFIQUE)                      NO..... 2                 </td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>                     SI..... 1                      NO..... 2                 </td> </tr> </table>	<b>01</b>	<b>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</b> Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	↓		<b>02</b>	<b>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)</b> Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	↓	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	<b>03</b>	<b>PÍLDORA</b> Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	↓	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2	<b>04</b>	<b>DIU</b> El médico o la obstetrix puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo ("T" de cobre).	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>05</b>	<b>INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA</b> Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>06</b>	<b>IMPLANTES O NORPLANT</b> El médico o la obstetrix puede colocar en la cara interna del brazo de la mujer seis capsulas, las cuales pueden prevenir el embarazo durante cinco años.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>07</b>	<b>PRESERVATIVO O CONDÓN</b> Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>08</b>	<b>PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO</b> Las mujeres pueden usar dentro de la vagina una bolsita de plástico especial antes de cada relación sexual para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>09</b>	<b>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES)</b> Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>10</b>	<b>MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA</b>	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>11</b>	<b>ABSTINENCIA PERIODICA: REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS, COLLAR DEL CICLO</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>12</b>	<b>RETIRO</b> 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	<b>13</b>	<b>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</b> Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>14</b>	<b>OTROS MÉTODOS</b> Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2	<b>303</b> <b>VERIFIQUE 302:</b> NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/> → <b>PASE A 307</b>
<b>01</b>	<b>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</b> Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	↓																																																																					
<b>02</b>	<b>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)</b> Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	↓	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>03</b>	<b>PÍLDORA</b> Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	↓	Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>04</b>	<b>DIU</b> El médico o la obstetrix puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo ("T" de cobre).	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>05</b>	<b>INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA</b> Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>06</b>	<b>IMPLANTES O NORPLANT</b> El médico o la obstetrix puede colocar en la cara interna del brazo de la mujer seis capsulas, las cuales pueden prevenir el embarazo durante cinco años.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>07</b>	<b>PRESERVATIVO O CONDÓN</b> Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>08</b>	<b>PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO</b> Las mujeres pueden usar dentro de la vagina una bolsita de plástico especial antes de cada relación sexual para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>09</b>	<b>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES)</b> Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de ellas antes de la relación.	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>10</b>	<b>MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA, MELA</b>	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>11</b>	<b>ABSTINENCIA PERIODICA: REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS, COLLAR DEL CICLO</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>12</b>	<b>RETIRO</b> 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																																																																				
<b>13</b>	<b>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</b> Las mujeres pueden tomar la píldora hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar el embarazo	SI..... 1 NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				
<b>14</b>	<b>OTROS MÉTODOS</b> Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	↓	SI..... 1 NO..... 2																																																																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A		327D
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? <b>CORRIJA 301 - 302 Y 303</b>		
307	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
308	<b>VERIFIQUE 302 (01):</b> MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	<b>VERIFIQUE 226:</b> NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2, 8      226=1	319
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	319
311	¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada?  SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE DEL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES O NORPLANT..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... I LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... J ABSTINENCIA PERIÓDICA..... K RETIRO..... L ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	A } B } → 312 C } D } E } F } G } H } I } → 316 J } K } L } M } X }
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... 10 CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11 HOSPITAL DE ESSALUD ..... 12 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 13 HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... 14 HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 15 OTRO GOBIERNO: ..... 16 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... 20 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 21 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31 HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 32 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
313	<b>VERIFIQUE 311</b> SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/> ↓ ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijos a causa de esta operación? ↓ ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su esposo/compañero que no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
314	¿Cuánto pagó en total usted o su esposo por la esterilización, incluyendo la consulta?	COSTO..... S/. <input type="text"/> NO PAGO..... 9995 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9998	
315	¿En qué mes y año la(lo) operaron? VERIFIQUE QUE FECHA DEBE SER POSTERIOR A TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO. SONDEE Y CORRIJA SI FUESE NECESARIO.	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
315A	<b>VERIFIQUE 311:</b> ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	ÉL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	318
315B	¿Tomó Ud. la decisión de operarse durante su control pre-natal, en el parto, después del parto, o en otro momento?	EN EL CONTROL PRE-NATAL..... 1 EN EL PARTO..... 2 DESPUÉS DEL PARTO..... 3 EN OTRO MOMENTO..... 6 ESPECIFIQUE	318
316	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL EN 311) la última vez?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
317	<b>VERIFIQUE 311:</b> PILDORA, DIU, INYECCIÓN, NORPLANT,CONDÓN, VAGINALES, PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE <input type="checkbox"/>	USUARIAS DE OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/>	318
317A	La última vez que obtuvo (PRIMER METODO EN 311) ¿Cuánto pagó en total, incluyendo el costo del método y la consulta? SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A PREGUNTE POR EL QUE ESTE MAS ARRIBA EN LA LISTA	COSTO..... S/. <input type="text"/> NO PAGÓ..... 995 NO SABE..... 998	
318	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b> ANTES DE ENERO 2006 <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO 2006	ENERO DEL 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
318A	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 318:</b>  ANTES DE ENERO 2006 <input type="checkbox"/> ↓ <b>PASE A 320</b>	ENERO DEL 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ↓ <b>CONTINUE CON 319</b>	

319 Ahora, 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 DE 2006;
- USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.

**EN LA COLUMNA 1:**

- PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA.
- NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO.

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS**

- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada?
- ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó?
- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua?
- ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción?

**EN LA COLUMNA 2:**

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS**

- ¿Por qué dejó de usar (EL MÉTODO)? ¿Dejó de utilizar (EL MÉTODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón?
- ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO.
- EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1.
- SI DEJÓ DE USAR INTENCIONALMENTE (EL MÉTODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo después (meses) que dejó de usar el método quedó embarazada? ANOTE "0" EN CADA MES, EN LA COLUMNA 1.

**EN LA COLUMNA 3:**

- PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL **PRIMER MES DE USO**.

**PREGUNTAS ILUSTRATIVAS**

- ¿Dónde obtuvo el método cuándo Ud. empezó a usarlo?
- ¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)?

320	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.  SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 327D ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 327 CONDÓN.FEMENINO..... 08 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 → 328 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
-----	---	---	--

321	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b>  EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2006 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes                    Año	EMPEZÓ A USAR ANTES DEL 2006 <input type="checkbox"/> → 327	
-----	---	---	--

321 A

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
321A	<p><b>SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01, PASE 322</b></p> <p>Usted empezó a usar (MÉTODO ACTUAL EN 320) en (FECHA EN 321). En ese momento, ¿dónde le <b>prescribieron</b> o <b>indicaron</b> dicho método?</p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA..... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... 12</p> <p>PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13</p> <p>HOSPITAL ESSALUD ..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... 16</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD ..... 17</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 18</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR ..... 22</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLINICA/ POSTA DE ONG ..... 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 33</p> <p><b>OTRO</b></p> <p>TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... 41</p> <p>AMIGOS/ PARIENTES..... 42</p> <p>NADIE/ SE AUTOMEDICÓ..... 95</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
322	A Ud. le <b>prescribieron</b> (MÉTODO ACTUAL EN 320) de (FUENTE DE MÉTODO EN 312/321A) en (FECHA EN 321). ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con este método?	<p>SI..... 1 → 324</p> <p>NO..... 2</p>	
323	En algún otro momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud/farmacéutico sobre los efectos secundarios o problemas que Ud. podría tener con ese método?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 324A</p>	
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas con ese método?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
324A	<p><b>VERIFIQUE 323:</b></p> <p>CIRCULÓ CÓDIGO "1" <input type="checkbox"/> NO CIRCULÓ "1" <input type="checkbox"/></p> <p>O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓</p> <p>En ese momento ¿le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podía usar?</p> <p>Cuando le prescribieron el método la última vez. ¿Le hablaron acerca de otros métodos de planificación familiar que podía usar?</p>	<p>SI..... 1 → 325A</p> <p>NO..... 2</p>	
325	¿En algún momento, Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
325A	¿El método que actualmente está usando, es el método que usted quería usar en ese momento?	<p>SI..... 1 → 325F</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO TENÍA PREFERENCIA..... 3</p> <p>NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 → 325D</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
325B	En ese momento ¿qué método quería usar usted?	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA ..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMIA)..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>CONDÓN.FEMENINO..... 08</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11</p> <p>RETIRO..... 12</p> <p>ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
325C	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA MÉTODO EN ESTAB. SALUD..... A MUY COSTOSO..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																													
325D	¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usando?	MI ESPOSO/COMPAÑERO..... 01 MÉDICO, OBSTETRIZ, ENFERMERA..... 02 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 03 PROMOTOR DE SALUD DE ONG..... 04 ELLA MISMA..... 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																													
325E	¿Por qué usted aceptó usar el método que actualmente usa?	FUE RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD..... 01 NO HABÍA OTRO MÉTODO DISPONIBLE..... 02 ESPOSO/COMPAÑERO QUERÍA ESE MÉTODO..... 03 ME OFRECIERON VÍVERES/SERVICIOS DE SALUD GRATIS..... 04 DEJARÍA DE SER BENEFICIARIA DE ALGÚN PROGRAMA..... 05 OTRO _____ 96 ESPECIFIQUE																																																													
325F	<b>VERIFIQUE 312 Ó 321A:</b>  312= CUALQUIER CÓDIGO O <input type="checkbox"/> 321A=ALGÚN CÓDIGO EN SEGUNDA COLUMNA	321A= OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> →	326																																																												
325G	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando <b>le prescribieron o indicaron</b> (MÉTODO ACTUAL EN 320) en (FECHA EN 321). En una escala de "Bueno", "Regular" o "Malo", Cómo le pareció: a. ¿El horario de atención? b. ¿La explicación sobre métodos de planificación familiar? c. ¿La información recibida sobre el método prescrito? d. ¿La comodidad de la sala de espera? e. ¿La limpieza de la sala de espera? f. ¿El tiempo de espera? g. ¿El trato del personal administrativo? h. ¿El trato del personal de enfermería? i. ¿El trato del médico, obstetrix? j. ¿Las explicaciones del(la) médico, el(la) obstetrix/obstetra? k. ¿La privacidad en la atención?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HORARIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PLANIF. FAMILIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MÉTODO PRESCRITO.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COMODIDAD SALA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LIMPIEZA SALA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO DE ESPERA...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL ADMINIS...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL ENFERM...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRATO MÉDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EXPLICACIÓN MÉDICO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ATENCIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	NS	HORARIO.....	1	2	3	8	PLANIF. FAMILIAR.....	1	2	3	8	MÉTODO PRESCRITO.	1	2	3	8	COMODIDAD SALA.....	1	2	3	8	LIMPIEZA SALA.....	1	2	3	8	TIEMPO DE ESPERA...	1	2	3	8	PERSONAL ADMINIS...	1	2	3	8	PERSONAL ENFERM...	1	2	3	8	TRATO MÉDICO.....	1	2	3	8	EXPLICACIÓN MÉDICO	1	2	3	8	ATENCIÓN.....	1	2	3	8	
	BUENO	REGULAR	MALO	NS																																																											
HORARIO.....	1	2	3	8																																																											
PLANIF. FAMILIAR.....	1	2	3	8																																																											
MÉTODO PRESCRITO.	1	2	3	8																																																											
COMODIDAD SALA.....	1	2	3	8																																																											
LIMPIEZA SALA.....	1	2	3	8																																																											
TIEMPO DE ESPERA...	1	2	3	8																																																											
PERSONAL ADMINIS...	1	2	3	8																																																											
PERSONAL ENFERM...	1	2	3	8																																																											
TRATO MÉDICO.....	1	2	3	8																																																											
EXPLICACIÓN MÉDICO	1	2	3	8																																																											
ATENCIÓN.....	1	2	3	8																																																											
326	<b>VERIFIQUE 320:</b>  CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09	330 327B 327B																																																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327	<p>¿Dónde obtuvo usted (METODO), la última vez?</p> <p><b>SI USUARIA DE ESTERILIZACIÓN: 320=01, PASE A 330</b></p> <p>SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA..... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA..... 12</p> <p>PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13</p> <p>HOSPITAL ESSALUD ..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 15</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... 16</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 17</p> <p>OTRO GOBIERNO:..... 18</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 22</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 33</p> <p><b>OTRO</b></p> <p>TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... 41</p> <p>AMIGOS/ PARIENTES..... 42</p> <p>OTRO: ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
327A	PASE A →		330
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del (DIU/Norplant)?	SI..... 1 NO..... 2 →	330
327C	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Cuántos controles del (DIU/Norplant) le han hecho?	NÚMERO DE CONTROLES..... <input type="text"/> →	330
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<p><b>NO EN UNIÓN..... 11</b></p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... 21</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPAUSIA..... 23</p> <p>HISTERECTOMÍA..... 24</p> <p>INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MÁS HIJOS..... 27</p> <p>EMBARAZADA..... 28</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42 →</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 53</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54</p> <p><b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b></p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO</p> <p>LEJOS..... 61</p> <p>MUY COSTOSO..... 62</p> <p>OTRA: ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	330

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
328	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	330
329	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA ..... C</p> <p>PROMOTOR DE SALUD MINSA ..... D</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD..... E</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... G</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... H</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ I</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... J</p> <p>FARMACIA / BOTICA ..... K</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... L</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ M</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG ..... N</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... O</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P</p> <p><b>OTRO</b></p> <p>TIENDA/ SUPERMERCADO/ HOSTAL..... Q</p> <p>AMIGOS/ PARIENTES..... R</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
330	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de esta año, ¿La ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
331	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2	401
332	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

## SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	<b>VERIFIQUE 224:</b>  UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2006 <input type="checkbox"/> → PASE A 480A		
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2006 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DEL 2006. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno.  Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada <b>entonces</b> , quería <b>esperar más tiempo</b> o <b>no quería</b> tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 426) ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 426) ←	ENTONCES..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 426) ← ESPERAR MÁS ..... 2 NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 426) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado 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
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)?  SI. ¿ Con quién se chequeó? ¿ Se chequeó con alguien más?  INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y <input type="checkbox"/> (PASE A 413) ←		
408	¿Dónde se controló?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  ¿En algún otro lugar?   CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA... D PUESTO DE SALUD MINSA... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDICO PART..... I CASA DE PARTERA..... J  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... K HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... L OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
410	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		

	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 _____																											
410 A	<b>VERIFIQUE 410:</b> NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ O MS <input type="checkbox"/> (PASE A 411)																													
410 B	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																													
411	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente: a. ¿La pesaron? b. ¿Le midieron la barriga? c. ¿Le tomaron la presión arterial? d. ¿Le hicieron un examen de orina? e. ¿Le hicieron un examen de sangre? f. ¿Escucharon los latidos del corazón del bebé? g. ¿Le hicieron la prueba para descartar Sífilis? h. ¿Le hicieron la prueba para descartar el VIH/SIDA?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>PESO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS BEBÉ.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA SÍFILIS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA VIH/SIDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	PESO.....	1	2	BARRIGA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL...	1	2	EXAMEN DE ORINA....	1	2	EXAMEN DE SANGRE.	1	2	LATIDOS BEBÉ.....	1	2	PRUEBA SÍFILIS.....	1	2	PRUEBA VIH/SIDA.....	1	2		
	SI	NO																													
PESO.....	1	2																													
BARRIGA.....	1	2																													
PRESIÓN ARTERIAL...	1	2																													
EXAMEN DE ORINA....	1	2																													
EXAMEN DE SANGRE.	1	2																													
LATIDOS BEBÉ.....	1	2																													
PRUEBA SÍFILIS.....	1	2																													
PRUEBA VIH/SIDA.....	1	2																													
411 A	<b>VERIFIQUE: 411 (d.), 411 (e.), 411 (g.) y 411 (h.)</b> <b>CIRCULÓ "SI", EN:</b> 411 (d.), 411 (e.), 411 (g.) ó 411 (h.)	<b>OTRAS RESPUESTAS</b> <input type="checkbox"/> → 412																													
411 B	<b>EN 411 (d) CIRCULÓ</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 411 C ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el primer Examen de Orina?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																													
411 C	<b>EN 411 (e) CIRCULÓ</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 411 D ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el primer Examen de Sangre?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																													
411 D	<b>EN 411 (g) CIRCULÓ</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 411 E ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron la primera prueba para descartar Sífilis?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																													
411 E	<b>EN 411 (h) CIRCULÓ</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 412 ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron la primera prueba para descartar VIH/SIDA?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																													
412	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 413) ←																													
412A	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																													
413	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2																													
414	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en el brazo o la nalga para prevenir al bebe contra el tétanos; es decir, convulsiones después del nacimiento? ( SI DICE "NO" SONDEE )	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ←																													
415	Durante el embarazo de ( NOMBRE ) ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?.	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																													
416	<b>VERIFIQUE 415:</b> NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA	2 Ó MAS DOSIS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> (PASE A 421)																													

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
417	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 421) ←		
418	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	MES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 AÑO..... <input type="text"/> (PASE A 421) ← NO SABE..... 9998		
420	Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE), ¿hace cuántos años recibió usted la vacuna contra el tétanos?.	AÑOS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
421	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 423) ←		
422	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/> NO SABE..... 998 NRO. DE INYECCIONES.. <input type="text"/> NO SABE..... 98		
423	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
424	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?  ¿Alguién más?  TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON  SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO DE ENFERMERÍA... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO DE ENFERMERÍA... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO DE ENFERMERÍA... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/ PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
426 A	¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 426D) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 426D) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 426D) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 426D) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 426D) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 426D) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)

	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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
426 B	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO..... 17 POR TRADICIÓN..... 18 NO ERA HIGIÉNICO..... 19 NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN 20 PERSONAL ES DESCUIDADO.. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22 NO TENÍA DINERO..... 23 NO LA QUISIERON ATENDER.. 24 IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)
426 C	<b>VERIFIQUE 426 A</b>  DIÓ A LUZ EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO: 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 CÓDIGO: 11, 33 ó 96 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 426 G)	CÓDIGO: 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 CÓDIGO: 11, 33 ó 96 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 427)	CÓDIGO: 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 CÓDIGO: 11, 33 ó 96 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 427)
426 D	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que <b>decidió</b> ir hasta que llegó al establecimiento de salud para dar a luz?  SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
426 E	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó al establecimiento hasta que fue examinada por el personal de salud?  SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998
426 F	(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
426 G	Cuando nació (NOMBRE), Ud. tuvo: a. ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas? b. ¿Sangrado excesivo después del parto? c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? e. ¿Alguna otra complicación?	<b>SI NO</b> LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA: ..... 1 2 (ESPECIFIQUE)		
427	Después del parto de (NOMBRE) ¿tuvo Ud. algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427D) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428A) ←
427 A	¿A las cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control o chequeo médico?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
427 B	¿Quién le hizo el control?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)		

	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 _____
427 C	¿Dónde se controló Ud.?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE)	<b>SU DOMICILIO</b> ..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: Minsa..... 21 Essalud..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNA- MENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
427 D	Durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas como consecuencia del parto?:  a. ¿Sangrado intenso por la vagina? b. ¿Desmayo o pérdida de conocimiento? c. ¿Fiebre alta o escalofríos? d. ¿Infección de los senos? e. ¿Dolor y ardor al orinar? f. ¿Flujos o líquidos vaginales? g. ¿Pérdida involuntaria de orina?	<b>SI NO</b> SANGRADO INTENSO..... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRIOS..... 1 2 INFECCIÓN DE LOS SENOS... 1 2 DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA DE ORINA..... 1 2		
427 E	VERIFIQUE 427D:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 427G)		
427 F	Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) ¿Recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2		
427 G	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2		
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 428B) ← NO..... 2 (PASE A 428C) ←		
428 A	¿Le volvió su regla (el período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429A) ←
428 B	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
428 C	<b>VERIFIQUE 226:</b>  ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 EMBARAZADA NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 429A)		
429	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 430) ←		

	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 _____
429 A	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?  SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
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
430 A	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 430C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 430C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 430C) ←
430 B	¿Cuánto pesó (NOMBRE)?  SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998	GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998
430 C	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué inscrito en la Municipalidad / Oficina Registral de RENIEC?  SI RESPONDE "SI" SOLICITE PARTIDA DE NACIMIENTO Y/O DNI	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim. / DNI... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 431) ←	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim./DNI... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 432) ←	SI, muestra Partida de Nacim. / DNI..... 1 SI, no muestra Partida de Nacim. / DNI... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 432) ←
430 D	<b>VERIFIQUE SI LA PARTIDA TIENE CÓDIGO UNICO DE IDENTIDAD ( CUI ) Y REGÍSTRELO; O COPIE EL CUI DEL DNI</b>	<b>SI TIENE Nº CUI..... 1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>NO TIENE..... 2</b>	<b>TIENE Nº CUI..... 1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>NO TIENE..... 2</b>	<b>TIENE Nº CUI..... 1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>NO TIENE..... 2</b>
431	<b>VERIFIQUE 426A:</b>  ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 33 Y 96 <input type="checkbox"/> → (PASE A 432) OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> ↓		
431 A	Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón al niño(a)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
432	¿(NOMBRE), está afiliado(a) al Seguro Integral de Salud (SIS)?  SI RESPONDE "SI" SOLICITE FICHA DE AFILIACIÓN.	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 433) ←	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 434) ←	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 434) ←
432 A	<b>REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN</b>	<b>CÓDIGO DE AFILIACIÓN</b> <input type="text"/> <b>Día Mes Año</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>CÓDIGO DE AFILIACIÓN</b> <input type="text"/> <b>Día Mes Año</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>CÓDIGO DE AFILIACIÓN</b> <input type="text"/> <b>Día Mes Año</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
433	Durante el primer mes, después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Le hicieron al bebé algún control o chequeo médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 434) ←		
433 A	¿A las cuántas horas, días o semanas después de que (NOMBRE) nació tuvo su primer control o chequeo médico?  REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		

	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 _____
433 B	¿Quién le hizo el control?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)		
433 C	¿Dónde le hicieron el control a (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ (NOMBRE)	<b>SU DOMICILIO</b> ..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSAL..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSAL... 24 PUESTO DE SALUD MINSAL.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: ..... 96		
434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2
435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.. 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441) ←
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho?  SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
436 A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C) ←

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"/>		
436 B	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)?  ¿Algo más?  ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE		CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO..... X (ESPECIFIQUE)		CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.. A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO..... X (ESPECIFIQUE)		CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
436 C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con usted, inmediatamente después que nació?  SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2			
437	<b>VERIFIQUE 404:</b>  ¿NIÑO VIVO?		VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)		VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)		VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 439)	
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?  SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 441) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 441) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 441) ←			
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?  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	
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?		MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN..... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA.. 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
441	¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna durante el embarazo de (NOMBRE)?  SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 443) ←			
442	¿En qué lugar recibió la capacitación (charla, enseñanza)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.. 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.. 24 PUESTO DE SALUD MINSA.. 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)		<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA... 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	

	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 _____
443	<b>VERIFIQUE 404:</b> ¿NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)
443 A	<b>VERIFIQUE 438:</b> ¿LACTANDO?	SI LACTA <input type="checkbox"/> NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> (PASE A 446)		
444	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
445	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>		
446	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
447	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
448	Ayer durante el día o la noche, ¿le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos?  Sí, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 NO SABE..... 98
449		REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>	REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>	REGRESE A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, <b>PASE A 451</b>

## SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL

451	ANOTE EL NÚMERO Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2006 HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL FORMULARIO ADICIONAL).																				
452	<b>VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212</b>	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																		
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE  DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____  VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480)	NOMBRE _____  VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480)																		
454	¿Tiene usted la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?  ¿Me permite verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 456) ←	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 456) ←																		
455	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SÍ..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←	SÍ..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←																		
456	<b>ENTREVISTADORA</b> 1 AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2 ANOTE "44" EN LA COLUMNA "DÍA" SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIÓ UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA.																				
<b>ÚLTIMO NACIDO VIVO</b>																					
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <b>NÚMERO DE ORDEN</b>	NOMBRE _____																			
BCG (Recién nacido)	BCG <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							ANTIHEPATITIS B Hvb (Recién nacido)	HVB 0 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
POLIO	P 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							P 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							P 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Pe 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Pe 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
DPT	DPT 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							DPT 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							DPT 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
ANTIHEPATITIS B - HVB	Hvb 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Hvb 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Hvb 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Hib 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Hib 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
TETRAVALENTE	T <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
HEXAVALENTE	He 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							He 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							He 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
ROTAVIRUS	Rot 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Rot 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
NEUMOCOCO	Neu 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Neu 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Neu 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
INFLUENZA	Inf 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Inf 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							ANTIAMARILICA - AMA	AMA <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
<b>REFUERZOS Y VITAMINA " A "</b>																					
DPT	1ero <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							2do <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
SPR	1ero <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
VITAMINA "A"	VA 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							VA 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							VA 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
	VA 4 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							VA 5 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							VA 6 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

PENÚLTIMO NACIDO VIVO																		
NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE																
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO								
BCG (Recién nacido)	BCG										ANTIHEPATITIS B Hvb (Recién nacido)	HVB 0						
POLIO	P 1										P 2							
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1										Pe 2							
DPT	DPT 1										DPT 2							
ANTIHEPATITIS B - HVB	Hvb 1										Hvb 2							
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1										Hib 2							
TETRAVALENTE	T																	
HEXAVALENTE	He 1										He 2							
ROTAVIRUS	Rot 1										Rot 2							
NEUMOCOCO	Neu 1										Neu 2							
INFLUENZA	Inf 1										Inf 2							
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR										ANTIAMARILICA - AMA	AMA						
<b>REFUERZOS Y VITAMINA " A "</b>																		
DPT	1ero										2do							
SPR	1ero																	
VITAMINA "A"	VA 1										VA 2							
	VA 4										VA 5							
VA 3											VA 6							

  

ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO																		
NÚMERO DE ORDEN		NOMBRE																
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO								
BCG (Recién nacido)	BCG										ANTIHEPATITIS B Hvb (Recién nacido)	HVB 0						
POLIO	P 1										P 2							
PENTAVALENTE (DPT + HVB + HIB)	Pe 1										Pe 2							
DPT	DPT 1										DPT 2							
ANTIHEPATITIS B - HVB	Hvb 1										Hvb 2							
ANTIHAEMOPHILUS - HIB	Hib 1										Hib 2							
TETRAVALENTE	T																	
HEXAVALENTE	He 1										He 2							
ROTAVIRUS	Rot 1										Rot 2							
NEUMOCOCO	Neu 1										Neu 2							
INFLUENZA	Inf 1										Inf 2							
ANTISARAMPIONOSA / SPR	SPR										ANTIAMARILICA - AMA	AMA						
<b>REFUERZOS Y VITAMINA " A "</b>																		
DPT	1ero										2do							
SPR	1ero																	
VITAMINA "A"	VA 1										VA 2							
	VA 4										VA 5							
VA 3											VA 6							

	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"/>
457	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no están registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en Campañas Nacionales de Vacunación?  MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO, PENTAVALENTE, DPT, ANTIHEPATITIS, ANTIHAEMOPHILUS, TETRAVALENTE, HEXAVALENTE, ROTAVIRUS, NEUMOCOCO, INFLUENZA, ANTISARAMPIONOSA, SPR, ANTIAMARILICA, VITAMINA "A".	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456)  (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456)  (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN PGTA. 456)  (PASE A 464) NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 464)			
458	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo las recibidas en días de Campaña Nacional de Vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465B)			
459	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:  ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el hombro y deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461)			
460A	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8			
461	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461B)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461B)			
461A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8			
461B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461E)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461E)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 461E)			
461C	¿A los cuantos días o semanas de nacido (NOMBRE) recibió por 1ra. vez la vacuna contra la HEPATITIS B?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/>			
461D	¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la HEPATITIS B?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8			
461E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIHAEMOPHILUS, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo para evitar la neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462)			
461F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> 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"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en la nalga, muslo o el brazo para evitar la DIFTERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS, HEPATITIS B y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462B) ←
462A	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
462B	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna TETRAVALENTE, que es para evitar la DIFTERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA, que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463A	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo para evitar la fiebre amarilla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
464	¿Algunas de las vacunas que recibió (NOMBRE) fueron parte de alguna Campaña Nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465) ←
464A	¿En qué Campaña Nacional de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	CAMPAÑA 2008..... A CAMPAÑA 2009..... B CAMPAÑA 2010..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	CAMPAÑA 2008..... A CAMPAÑA 2009..... B CAMPAÑA 2010..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	CAMPAÑA 2008..... A CAMPAÑA 2009..... B CAMPAÑA 2010..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)
465	<b>VERIFIQUE EN EL CARNET O TARJETA SI APARECE FECHA PARA VITAMINA "A"</b>	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" <input type="text"/> (PASE A 465B)	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" <input type="text"/> (PASE A 465B)	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE  FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" <input type="text"/> (PASE A 465B)
465A	De acuerdo a la tarjeta de vacunación de (NOMBRE), recibió una dosis (la última dosis) de Vitamina A en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE) ¿Después de esa fecha recibió (NOMBRE) otra dosis de Vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465D) ←
465B	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465E) ←
465C	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
465D	En los últimos seis meses ¿(NOMBRE) recibió alguna (otra) dosis de VITAMINA A?	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 NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
465E	En los últimos siete días ¿(NOMBRE) tomó hierro en pastilla o jarabe?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
466	En los últimos 6 meses ¿le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466C) ←
466A	¿Quién le controló a (NOMBRE) el crecimiento y desarrollo?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
466B	¿Dónde tuvo lugar el control de (NOMBRE)?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO  _____  NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO DE SALUD MINSA..... 24 PUESTO DE SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... 27 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA..... 42 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
466C	¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento?  SI NINGUNO, ANOTE "00"	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
466D	<b>VERIFIQUE 454:</b>  <b>TARJETA DE VACUNACIÓN</b>	"SI, VISTA" EN 454 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 467)	"SI, VISTA" EN 454 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 467)	"SI, VISTA" EN 454 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 467)

466E	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 _____
	1) PASE A 466F PORQUE AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIARÁ DEL CARNÉ LAS FECHAS DE CADA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.			
	2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA			

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES</b>	<input type="text"/>											
PESO	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA	T0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>ATENCIÓNES A PARTIR DEL MES</b>												
<b>CONTROL 1</b>	C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 1	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 1	T1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 2</b>	C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 2	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 2	T2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 3</b>	C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 3	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 3	T3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 4</b>	C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 4	P4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 4	T4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 5</b>	C5	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C5	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 5	P5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 5	T5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 6</b>	C6	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C6	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 6	P6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 6	T6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 7</b>	C7	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C7	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 7	P7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 7	T7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 8</b>	C8	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C8	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 8	P8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 8	T8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 9</b>	C9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 9	P9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 9	T9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 10</b>	C10	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C10	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 10	P10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 10	T10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 11</b>	C11	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C11	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 11	P11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 11	T11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 12</b>	C12	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C12	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 12	P12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 12	T12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
<b>CONTROL 13</b>	C13	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C13	<input type="text"/>	<input type="text"/>		C13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO 13	P13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg	P13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
TALLA 13	T13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	T13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO <input type="text"/>																			
	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____																			
466F	<b>VERIFIQUE FECHA DE NACIMIENTO Y 466D</b>	EDAD < 36 MESES Y TARJETA VISTA <input type="checkbox"/> EDAD ≥ 36 MESES <input type="checkbox"/> ↓ PASE 467	EDAD < 36 MESES Y TARJETA <input type="checkbox"/> EDAD ≥ 36 MESES <input type="checkbox"/> ↓ PASE 467	EDAD < 36 MESES Y TARJETA VISTA <input type="checkbox"/> EDAD ≥ 36 MESES <input type="checkbox"/> ↓ PASE 467																		
466G	En alguno de los Controles de Crecimiento y Desarrollo que tuvo (NOMBRE): a. ¿Usted practicó como dar de lactar a (NOMBRE)? b. ¿Usted practicó como preparar los alimentos de (NOMBRE)? c. ¿Usted practicó como realizar el aseo o higiene de (NOMBRE)?	<table border="0"> <tr> <td><b>SI</b></td> <td><b>NO</b></td> <td><b>NO RE-CUERDA</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td><b>SI</b></td> <td><b>NO</b></td> <td><b>NO RE-CUERDA</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td><b>SI</b></td> <td><b>NO</b></td> <td><b>NO RE-CUERDA</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>	1	2	8
<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>																				
1	2	8																				
<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>																				
1	2	8																				
<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO RE-CUERDA</b>																				
1	2	8																				
467	En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																		
468	En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←																		
468A	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←																		
468B	¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupidada?	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	PECHO..... 1 NARIZ TUPIDA ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO: ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8																		
469	<b>VERIFIQUE 467 Y 468:</b>  FIEBRE O TOS?	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 472)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 472)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 472)																		
469A	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la fiebre o tos, más bebidas o menos bebidas?  SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8																		
469B	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la fiebre o tos, le dió más o le dió menos comida?  SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8																		
469C	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos) de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 470A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 470A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 470A) ←																		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
469D	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro sitio?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNA- MENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNA- MENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNA- MENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)
469E	VERIFIQUE 469D :	2 Ó MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 469G)	2 Ó MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 469G)	2 Ó MAS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 469G)
469F	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento? <b>ANOTE CODIGO REGISTRADO EN 469D</b>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
469G	¿Cuántos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? <b>SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".</b>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS..... <input type="text"/>
469H	VERIFIQUE 469F Y 469D:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (PASE A 471)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (PASE A 471)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> OTROS CÓDIGOS <input type="text"/> (PASE A 471)
470	¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
470A	¿Por qué no buscó Ud. consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO/ SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUÉ DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
471	¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8	FIEBRE..... 1 TOS..... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS..... 3 NINGUNO..... 4 NO SABE..... 8
471A	¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 472) ←
471B	¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos?  ¿Algo más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICOS..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 472) ←	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 472) ←

	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 _____																																																												
471C	<p>Cuando (NOMBRE) enfermó ¿Usted ya tenía estos remedios en casa?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE TENIA</p>	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICOS..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E NINGUNO ..... F	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICO..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E NINGUNO ..... F	ANTIHISTAMÍNICO..... A ANTIBIÓTICO..... B ANTIMALÁRICO..... C JARABE PARA LA TOS..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E NINGUNO ..... F																																																												
472	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 476) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 476) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 476) ←																																																												
472A	<p>¿Durante la diarrea tuvo alguno de estos síntomas o dolencias?:</p> <p>a. ¿Estuvo intranquilo, irritable?</p> <p>b. ¿Estuvo sediento, bebía los líquidos rápidamente?</p> <p>c. ¿Lloraba sin lágrimas?</p> <p>d. ¿Tenía la piel reseca y/o arrugada?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTRANQUILO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SEDIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIN LÁGRIMAS....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PIEL RESECA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	INTRANQUILO.....	1	2	8	SEDIENTO.....	1	2	8	SIN LÁGRIMAS....	1	2	8	PIEL RESECA.....	1	2	8
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
INTRANQUILO.....	1	2	8																																																													
SEDIENTO.....	1	2	8																																																													
SIN LÁGRIMAS....	1	2	8																																																													
PIEL RESECA.....	1	2	8																																																													
472B	<p>En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (caquita) tuvo (NOMBRE)?</p>	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																												
472C	<p>¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																												
473	<p>¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?</p> <p>SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?</p>	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS BEBIDAS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8																																																												
473A	<p>¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, le dió más o le dió menos comida?</p> <p>SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?</p>	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS ..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS COMIDAS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE..... 8																																																												
473B	<p>¿Le dió a (NOMBRE)?:</p> <p>a. ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral / Bolsa Salvadora)?</p> <p>b. ¿Frutiflex, electrolite u otro similar?</p> <p>c. ¿Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FRUTIFLEX/EL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUERO CASERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8												
	SI	NO	NS																																																													
SRO.....	1	2	8																																																													
FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8																																																													
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
SRO.....	1	2	8																																																													
FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8																																																													
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																													
	SI	NO	NS																																																													
SRO.....	1	2	8																																																													
FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8																																																													
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																													
473C	<p>¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea (distinto a este líquido)?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 474) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 474) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 474) ←																																																												
473D	<p>¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea?</p> <p>¿Algo más?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p>	PASTILLAS ZINC..... A JARABE ZINC..... B ANTIBIÓTICO..... C SUERO INTRAVENOSO..... D JARABE PARA LA DIARREA ..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLAS ZINC..... A JARABE ZINC..... B ANTIBIÓTICO..... C SUERO INTRAVENOSO..... D JARABE PARA LA DIARREA ..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLAS ZINC..... A JARABE ZINC..... B ANTIBIÓTICO..... C SUERO INTRAVENOSO..... D JARABE PARA LA DIARREA ..... E REMEDIOS CASEROS..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																												

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
473E	VERIFIQUE 473D	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 474	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 474	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RPT. Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 474
473F	¿Cuántas veces recibí pastillas de zinc?	Nº DE VECES ..... <input type="text"/>	Nº DE VECES ..... <input type="text"/>	Nº DE VECES ..... <input type="text"/>
474	¿Buscó usted consejo o tratamiento para tratar la diarrea de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475A) ←
474A	¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G PROMOTOR DE SALUD..... H <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... I CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J BOTIQUÍN POPULAR..... K FARMACIA/BOTICA..... L FAMILIAR/AMIGO..... M CURANDERO..... N <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/POSTA DE ONG..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)
474B	VERIFIQUE 474A:	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 474D)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 474D)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 474D)
474C	¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento?  ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 474A	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
474D	¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?  SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>
474E	VERIFIQUE 474C y 474A:	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 475B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 475B)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 475B)
475	¿Por qué no acudí (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)
475A	¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD..... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS..... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL..... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS..... 14 NO HAY MEDICINAS..... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR..... 16 NO LO CONSIDERÓ NECESARIO / SINTOMAS NO ERAN GRAVES..... 17 YA SABE QUE DARLE EN ESTOS CASOS..... 18 NO TENÍA TIEMPO..... 19 PADRE DEL NIÑO NO QUISO..... 20 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO																																																																																																																																																																																								
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE _____																																																																																																																																																																																							
475B	¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																																																																																																																																																								
476	<b>VERIFIQUE 467, 468 Y 472</b>	"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472 <input type="checkbox"/>	"NO" EN 467, 468 Y EN 472 <input type="checkbox"/> (PASE A 477)	"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472 <input type="checkbox"/>	"NO" EN 467, 468 Y EN 472 <input type="checkbox"/> (PASE A 477)	"SI" EN 467 ó 468 ó EN 472 <input type="checkbox"/>	"NO" EN 467, 468 Y EN 472 <input type="checkbox"/> (PASE A 477)																																																																																																																																																																																							
476A	¿(NOMBRE) tuvo deposiciones líquidas y/o semilíquidas el día de ayer?  SI DICE "NO" ANOTE "0" EN N° DE DEPOSICIONES SI DICE "SI" PREGUNTE - ¿Cuántas?                   hace 2 días - ¿Presentó sangre?       hace 3 días  ¿Ayer tuvo tos?               hace 4 días ..... ¿Ayer tuvo dificultad para respirar? ..... SI DICE:                   hace 1 semana <b>SI = 1</b> <b>NO = 2</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° Depo- sicio- nes</th> <th colspan="2">Sangre</th> <th colspan="2">Tos</th> <th colspan="2">Dif. Resp</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-1</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-3</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-4</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-5</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-6</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-7</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	N° Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1	1	2	1	2	1	2	-2	1	2	1	2	1	2	-3	1	2	1	2	1	2	-4	1	2	1	2	1	2	-5	1	2	1	2	1	2	-6	1	2	1	2	1	2	-7	1	2	1	2	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° Depo- sicio- nes</th> <th colspan="2">Sangre</th> <th colspan="2">Tos</th> <th colspan="2">Dif. Resp</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-1</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-3</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-4</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-5</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-6</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-7</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	N° Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1	1	2	1	2	1	2	-2	1	2	1	2	1	2	-3	1	2	1	2	1	2	-4	1	2	1	2	1	2	-5	1	2	1	2	1	2	-6	1	2	1	2	1	2	-7	1	2	1	2	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° Depo- sicio- nes</th> <th colspan="2">Sangre</th> <th colspan="2">Tos</th> <th colspan="2">Dif. Resp</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-1</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-3</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-4</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-5</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-6</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>-7</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	N° Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1	1	2	1	2	1	2	-2	1	2	1	2	1	2	-3	1	2	1	2	1	2	-4	1	2	1	2	1	2	-5	1	2	1	2	1	2	-6	1	2	1	2	1	2	-7	1	2	1	2	1	2
N° Depo- sicio- nes	Sangre			Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																								
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-3	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-4	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-5	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-6	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-7	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
N° Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-3	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-4	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-5	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-6	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-7	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
N° Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-3	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-4	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-5	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-6	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
-7	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																								
477	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																								
477A	Ayer (NOMBRE) ¿Usó mosquitero para dormir?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																								
478		REGRESE A 454 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480		REGRESE A 454 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480		REGRESE A 454 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 480																																																																																																																																																																																								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
480	<b>VERIFIQUE 473B (a) Y 473B (b), PARA TODOS LOS NIÑOS:</b> "SI" EN 473B (a) O EN 473B (b) <input type="checkbox"/> → OTRAS RESPUESTAS O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>		481
480A	¿Ha oído hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral/ Bolsa Salvadora o del frutiflex, electrolite u otro similar que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
481	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2006 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> →		485
481A	Algunas veces los niños o niñas tienen enfermedades serias y deben ser llevados inmediatamente a un establecimiento de salud. ¿Qué síntomas harían que Ud. llevara a su niña/niño a un establecimiento de salud inmediatamente? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI NO PUEDE BEBER O LACTAR..... A SI SE PONE MÁS ENFERMO..... B SI LE DA FIEBRE/DIARREA/VÓMITO..... C SI TIENE RESPIRACIONES RÁPIDAS..... D SI TIENE TOS / DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
482	Si uno de sus niños o niñas enfermara gravemente, ¿podría Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado a tratamiento médico?	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO SABE..... 8	
483	¿Qué hace usualmente con las deposiciones de su niña/niño (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO TIRA EN EL RÍO / ACEQUIA ..... 04 LO QUEMA EN EL PATIO..... 05 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 06 LO BOTA EN LA BASURA..... 07 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 08 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
484	¿Esta Ud. afiliada o incorporada al Programa Juntos? SI DICE "SI", SOLICITELE EL ACUERDO DE COMPROMISOS O EL CONVENIO DE AFILIACIÓN.	SI y muestra el acuerdo de compromisos ..... 1 SI y no muestra el acuerdo de compromisos ..... 2 NO ..... 3 NO SABE ..... 8 PASE A 485 ←	
484A	EN EL RENGLÓN RESPECTIVO, ANOTE EL NÚMERO DEL "DNI" Y LA FECHA DE AFILIACIÓN INDICADA EN EL ACUERDO DE COMPROMISOS.	DNI ..... <input type="text"/> FECHA ..... <input type="text"/> d d m m a a a a	
485	¿Ha oído o escuchado de la prueba de papanicolaou? (Un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)	SI..... 1 NO..... 2 → 486	
485A	¿Le hicieron una prueba de papanicolaou en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
486	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
486A	¿Ud. conoce cómo se hace el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2 → 487	
486B	¿Ud. misma se realiza el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
487	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud, cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, <b>¿Es para Ud. un gran problema:</b>  a. Saber a dónde ir? b. Conseguir permiso para ir? c. Conseguir dinero para el tratamiento? d. La lejanía de los servicios médicos? e. Tener que conseguir transporte? f. Ir sola? g. Qué tal vez no haya personal de salud femenino? h. Qué tal vez no haya algún personal de salud? i. Qué tal vez no haya medicamentos?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>DONDE IR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR PERMISO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR DINERO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LEJANÍA DE SERVICIOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CONSEGUIR TRANSPORTE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>IR SOLA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO PERSONAL FEMENINO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO PERSONAL DE SALUD.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO HAY MEDICAMENTOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	DONDE IR.....	1	2	CONSEGUIR PERMISO.....	1	2	CONSEGUIR DINERO.....	1	2	LEJANÍA DE SERVICIOS.....	1	2	CONSEGUIR TRANSPORTE.....	1	2	IR SOLA.....	1	2	NO PERSONAL FEMENINO.....	1	2	NO PERSONAL DE SALUD.....	1	2	NO HAY MEDICAMENTOS.....	1	2	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>																															
DONDE IR.....	1	2																															
CONSEGUIR PERMISO.....	1	2																															
CONSEGUIR DINERO.....	1	2																															
LEJANÍA DE SERVICIOS.....	1	2																															
CONSEGUIR TRANSPORTE.....	1	2																															
IR SOLA.....	1	2																															
NO PERSONAL FEMENINO.....	1	2																															
NO PERSONAL DE SALUD.....	1	2																															
NO HAY MEDICAMENTOS.....	1	2																															
488	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2 → 489																															
488A	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó usted?	Nº DE CIGARRILLOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																															
489	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis ó TBC?	SI..... 1 NO..... 2 → 490																															
489A	¿Cómo se contagia la tuberculosis de una persona a otra?  ¿De alguna otra forma?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	A TRAVÉS DEL AIRE AL TOSER/ESTORNUDAR ..... A AL COMPARTIR UTENSILIOS..... B TOCANDO A UNA PERSONA CON TBC..... C A TRAVÉS DE LA COMIDA..... D POR PICADURA DE MOSQUITO..... E CONTACTO SEXUAL..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																															
489B	¿Puede curarse la tuberculosis?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																															
489C	Si un pariente suyo se llega a enfermar con tuberculosis ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																															
489D	Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI GUARDARÍA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURA/DEPENDE..... 8																															
490	Normalmente, ¿Cuántas veces al día se lava las manos?	DE 1 A 3 VECES..... 1 DE 4 A 6 VECES..... 2 DE 7 A 9 VECES..... 3 MAS DE 10 VECES..... 4 NO SE LAVA..... 5 → 491 NO SABE..... 8																															
490A	¿En qué momentos necesariamente se lava las manos?  ¿En algún otro momento?	DESPUÉS DE USAR EL BAÑO..... A DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑALES..... B ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS ..... C ANTES DE SERVIR LOS ALIMENTOS..... D ANTES DE COMER..... E ANTES DE ALIMENTAR AL NIÑO..... F CUALQUIER MOMENTO..... G OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)																															
490B	Normalmente, ¿Qué utiliza cuando se lava las manos?  ¿Utiliza algo más?  ¿Con agua que corre del caño o con agua almacenada?.	AGUA DE CAÑO O GRIFO..... A JABÓN..... B DETERGENTE..... C TOALLA..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)																															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																				
491	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2008 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/> → 500 REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 492 _____ (NOMBRE)																																																																						
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió ayer durante el día o la noche. Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) bebió:																																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Leche materna refrigerada / conservada?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Jugo de fruta?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Te/café?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. ¿Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a. ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?.....	1	2	8	b. ¿Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....	1	2	8	c. ¿Leche materna refrigerada / conservada?.....	1	2	8	d. ¿Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....	1	2	8	e. ¿Jugo de fruta?.....	1	2	8	f. ¿Te/café?.....	1	2	8	g. ¿Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....	1	2	8																																					
	SI	NO	NO SABE																																																																				
a. ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?.....	1	2	8																																																																				
b. ¿Leche en polvo para bebé (NAM, S26, SIMILAC, etc.)?.....	1	2	8																																																																				
c. ¿Leche materna refrigerada / conservada?.....	1	2	8																																																																				
d. ¿Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)?.....	1	2	8																																																																				
e. ¿Jugo de fruta?.....	1	2	8																																																																				
f. ¿Te/café?.....	1	2	8																																																																				
g. ¿Cualquier otro líquido como bebidas gaseosas, caldo?.....	1	2	8																																																																				
493	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió ayer durante el día o la noche separados o combinados con otros alimentos. Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) comió:																																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Camote, zapallo, zanahoria?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Mango, papaya, aguaje?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. ¿Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. ¿Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. ¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. ¿Huevos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. ¿Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m. ¿Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, PACFO, etc.)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n. ¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o. ¿Cualquier fruta seca?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	a. ¿Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....	1	2	8	b. ¿Camote, zapallo, zanahoria?.....	1	2	8	c. ¿Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....	1	2	8	d. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? ...	1	2	8	e. ¿Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....	1	2	8	f. ¿Mango, papaya, aguaje?.....	1	2	8	g. ¿Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....	1	2	8	h. ¿Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?..	1	2	8	i. ¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....	1	2	8	j. ¿Huevos?.....	1	2	8	k. ¿Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....	1	2	8	l. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....	1	2	8	m. ¿Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, PACFO, etc.)?.....	1	2	8	n. ¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....	1	2	8	o. ¿Cualquier fruta seca?.....	1	2	8	p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																																																																				
a. ¿Harina, pan, fideos, galletas o cualquier comida hecha de cereales?.....	1	2	8																																																																				
b. ¿Camote, zapallo, zanahoria?.....	1	2	8																																																																				
c. ¿Habas, frijol, lenteja, soya, pallares, garbanzos, arvejas?.....	1	2	8																																																																				
d. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, olluco, oca, mashua)? ...	1	2	8																																																																				
e. ¿Alguna verdura de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, etc.)?.....	1	2	8																																																																				
f. ¿Mango, papaya, aguaje?.....	1	2	8																																																																				
g. ¿Naranja, mandarina, lima, maracuya, toronja?.....	1	2	8																																																																				
h. ¿Otras frutas (plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc.)?..	1	2	8																																																																				
i. ¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, otras carnes, hígado, mondongo, otras vísceras?.....	1	2	8																																																																				
j. ¿Huevos?.....	1	2	8																																																																				
k. ¿Queso, yogurt u otros alimentos preparados con leche ( leche asada, helados, crema volteadas, etc.)?.....	1	2	8																																																																				
l. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca o mantequilla o al que le agregó aceite, manteca, mantequilla?.....	1	2	8																																																																				
m. ¿Papilla de Programas Sociales (yapita, panfarcito, pronita, PACFO, etc.)?.....	1	2	8																																																																				
n. ¿Cualquier otra comida sólida o semisólida?.....	1	2	8																																																																				
o. ¿Cualquier fruta seca?.....	1	2	8																																																																				
p. ¿Cualquier alimento azucarado como chocolates, caramelos u otros?.....	1	2	8																																																																				
494	¿Usted recibe de algún programa social la papilla que viene en bolsa? SI RESPONDE "SI", SOLICITE QUE LE MUESTRE LA BOLSA DE PAPILLA	SI, MUESTRA LA BOLSA ..... 1 SI, PERO NO TIENE LA BOLSA ..... 2 NO ..... 3 NO SABE ..... 8	495																																																																				
494A	¿Cuántas bolsas de papilla le queda? SI RESPONDE NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE BOLSAS DE PAPILLA <input type="text"/>																																																																					
494B	El día de ayer, ¿(NOMBRE) comió la papilla que viene en bolsa? SI RESPONDE "SI", PREGUNTE: ¿Cuántas veces comió la papilla (NOMBRE)?	NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ LA PAPILLA..... <input type="text"/> NO COMIÓ..... 00 NO SABE ..... 98																																																																					
495	<b>VERIFIQUE 492 Y 493 SI NO RECIBIÓ NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS:</b> 492 Y 493 = 2 NINGÚN "SI" <input type="text"/> AL MENOS UN "SI" O "NO SABE" <input type="text"/> → 496																																																																						
495A	Usted me dijo que ayer durante el día o la noche su niño/ niña no recibió ningún líquido ni sólido, excepto leche materna. ¿Es correcto? SI RESPONDE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 492 Y 493 Y CORRIJA.	SI..... 1 NO ..... 2	500																																																																				
496	¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?.	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES..... 03 PADRES/SUEGROS..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS/AMIGOS..... 06 OTROS NO PARIENTES..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NADIE/COME SOLO..... 09 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																																					

## SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO / COMPAÑERO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSO / COMPAÑERO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
ESPOSO / COMPAÑERO.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →             </div> <span>506</span> </div>															
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ ..... 2 NO..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →             </div> <span>505</span> </div>															
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DEL 2006																	
504	PASE A _____		512															
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →             </div> <span>508</span> </div>															
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2																
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____  No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →             </div> <span>509</span> </div>															
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE/ ESPOSO..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE MADRE/ ESPOSA..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ÉL ..... 07 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ELLA ..... 08 CONDUCTA CORRUPTA DE ÉL..... 09 CONDUCTA CORRUPTA DE ELLA..... 10 FALTA DE COMPRENSIÓN..... 11  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																
509	<b>VERIFIQUE 508:</b>  CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?   CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>  NO SABE EL MES..... 98  AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> →  <input type="checkbox"/> →             </div> <span>511</span> </div>															
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DEL 2006. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DEL 2006.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTOS Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.</p>		
512	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar.</p> <p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</p>	<p>NUNCA..... 00</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASO/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95</p>	512A
512AA	<p><b>VERIFIQUE EN 106 SI LA ENTREVISTADA TIENE:</b></p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		522
512AB	<p>¿Usted piensa esperar hasta casarse para tener su primera relación sexual?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 8</p>	522
512A	<p><b>VERIFIQUE 106:</b></p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		513
512B	<p>¿En su primera relación sexual usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
512BA	<p>¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>EDAD DE LA PAREJA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	512C
512BB	<p>¿Esta persona era mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?</p>	<p>MAYOR..... 1</p> <p>MAS JOVEN..... 2</p> <p>CASI DE LA MISMA EDAD..... 3</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	512C
512BC	<p>¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?</p>	<p>10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1</p> <p>MENOS DE 10 AÑOS..... 2</p> <p>MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 3</p>	
512C	<p>¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE..... 01</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06</p> <p>ENAMORADO..... 07</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
513	<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA.</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.</p>	<p>HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	521A

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
513A	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.			
513B	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta persona?		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"/>
514	¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con esta persona, usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 515) ←
514A	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Ud. usó condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales con esta persona?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
515	¿Qué es (era) de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? PARA LA PENÚLTIMA Y ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL PREGUNTE: ¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo esa relación sexual? SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual? SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO/CONVIVIENTE..... 01 (PASE A 516E) ← NOVIO/PROMETIDO..... 02 AMIGO..... 03 COMPAÑERO CASUAL..... 04 PARIENTE..... 05 TRAB. SEXUAL COMERCIAL... 06 ENAMORADO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)
516	¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>
516A	<b>VERIFIQUE EN 106 SI LA PERSONA TIENE:</b>	15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/> (PASE A 516E)	15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/> (PASE A 516E)	15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/> (PASE A 516E)
516B	¿Qué edad tiene esta persona?	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE ..... 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE ..... 98	EDAD DE LA PERSONA <input type="text"/> (PASE A 516E) ← NO SABE ..... 98
516C	¿Esta persona es mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←	MAYOR..... 1 MÁS JOVEN..... 2 CASI DE LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 516E) ←
516D	¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS..... 2 MAYOR, INSEGURA..... 3
516E	La última vez que tuvieron relaciones sexuales ¿alguno de los dos tomó alguna bebida alcohólica?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 517) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 517) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521) ←
516F	¿Alguno de los dos se embriagó (emborrachó)?	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4	ELLA SOLAMENTE..... 1 ÉL SOLAMENTE..... 2 AMBOS SE EMBRIAGARON... 3 NINGUNO DE LOS DOS..... 4
517	¿Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona en los últimos 12 meses?	SI ..... 1 (IR A LA SGTE. COLUM.) ← NO ..... 2 (PASE A 521A) ←	SI ..... 1 (IR A LA SGTE. COLUM.) ← NO ..... 2 (PASE A 521A) ←	
521	¿En total, con cuántos hombres diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?			No. DE COMPAÑEROS... <input type="text"/> NO SABE..... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
521A	¿En total, cuántas parejas sexuales ha tenido usted durante su vida?	No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
522	¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	601
523	¿Cuál es ese lugar?  SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO  ¿En algún otro lugar?  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL DEL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD ..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... G HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... H OTRO GOBIERNO: _____ I (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K CONSULT. MÉDICO PARTIC..... L OTRO PRIVADO: _____ M (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... N PROMOTOR DE ONG ..... O HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... P  <b>OTRO:</b> TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL..... Q AMIGOS / PARIENTES..... R  <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
607	<p><b>VERIFIQUE 602 Y 603:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO QUIERE MÁS/ NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Ud. me dijo que <u>no quiere tener (más) hijos</u>, pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Me podría decir por qué no esta usando un método?</p> </div> </div>	<p><b>NO EN UNIÓN</b>..... A</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b></p> <p>NO TIENE REL. SEXUALES..... B</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... C</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTE-RECTOMIZADA..... D</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... E</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... F</p> <p>AMENORREA POSTPARTO..... G</p> <p>LACTANCIA..... H</p> <p>FATALISTA..... I</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR:</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... J</p> <p>MARIDO SE OPONE..... K</p> <p>OTROS SE OPONEN..... L</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... N</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... O</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... P</p> <p>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... R</p> <p>MUY COSTOSO..... S</p> <p>USO INCONVENIENTE..... T</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... U</p> <p><b>OTRA:</b> ..... X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	<p>GRAN PROBLEMA..... 1</p> <p>PEQUEÑO PROBLEMA..... 2</p> <p>NO SERÍA PROBLEMA..... 3</p> <p>DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX.... 4</p>	
609	<p><b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b></p> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> <b>310=1</b></p> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> <b>310=2</b></p>		614
610	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	612
611	¿Qué método preferiría usar?	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (AQV).. 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN..... 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO..... 08</p> <p>VAGINALES..... 09</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11</p> <p>RETIRO..... 12</p> <p>ANTI. ORAL DE EMERGENCIA..... 13</p> <p>OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 98</p>	614

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	<p>¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?</p>	<p>NO EN UNIÓN..... 11</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b></p> <p>NO TIENE SEXO/ SEXO POCO  FRECUENTE..... 22</p> <p>MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23</p> <p>INFERTILIDAD MUJER..... 24</p> <p>INFERTILIDAD HOMBRE..... 25</p> <p>DESEA MÁS HIJOS..... 26</p> <p><b>OPOSICIÓN A USAR:</b></p> <p>ENTREVISTADA SE OPONE..... 31</p> <p>MARIDO SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</p> <p><b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b></p> <p>NO CONOCE MÉTODOS..... 41</p> <p>NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42</p> <p><b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>USO INCONVENIENTE..... 55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56</p> <p><b>OTRA:</b> ..... 96  (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
612A	<p><b>VERIFIQUE 501:</b></p> <p>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <sup>501=3</sup></p> <p>OTRAS <input type="checkbox"/> →</p>		614
613	<p>¿Ud. usaría un método si estuviera casada o en unión?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
614	<p><b>VERIFIQUE 216:</b></p> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. 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 Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p><b>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</b></p>	<p>NINGUNO.....00 → 616A</p> <p>NÚMERO <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA: ..... 96 → 616A</p> <p>_____  (ESPECIFIQUE)</p>	
615	<p>¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?</p>	<p>NÚMERO..... <input type="text"/> NIÑAS <input type="text"/> NIÑOS <input type="text"/> CUALQUIERA <input type="text"/></p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	FASE A																												
616 A	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____, de este año, Ud. ha oído o leído algún mensaje sobre planificación familiar: a. ¿En la radio? b. ¿En la televisión? c. ¿En un periódico o revista?	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICO O REVISTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISIÓN.....	1	2	PERIÓDICO O REVISTA.....	1	2																	
	SI	NO																													
RADIO.....	1	2																													
TELEVISIÓN.....	1	2																													
PERIÓDICO O REVISTA.....	1	2																													
617	En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	619																								
SI.....	1																														
NO.....	2																														
618	Con quién ha comentado?  Con alguien más?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	<table> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>MADRE.....</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>PADRE.....</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>HERMANA(S).....</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>HERMANO(S).....</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>HIJA.....</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>HIJO.....</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>SUEGRA.....</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>SUEGRO.....</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>NOVIO.....</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td>AMIGAS/VECINAS.....</td> <td>K</td> </tr> <tr> <td>AMIGOS.....</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>OTROS FAMILIARES.....</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____</td> <td>X</td> </tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	ESPOSO/COMPAÑERO.....	A	MADRE.....	B	PADRE.....	C	HERMANA(S).....	D	HERMANO(S).....	E	HIJA.....	F	HIJO.....	G	SUEGRA.....	H	SUEGRO.....	I	NOVIO.....	J	AMIGAS/VECINAS.....	K	AMIGOS.....	L	OTROS FAMILIARES.....	M	OTRA: _____	X	
ESPOSO/COMPAÑERO.....	A																														
MADRE.....	B																														
PADRE.....	C																														
HERMANA(S).....	D																														
HERMANO(S).....	E																														
HIJA.....	F																														
HIJO.....	G																														
SUEGRA.....	H																														
SUEGRO.....	I																														
NOVIO.....	J																														
AMIGAS/VECINAS.....	K																														
AMIGOS.....	L																														
OTROS FAMILIARES.....	M																														
OTRA: _____	X																														
619	<b>VERIFIQUE 501:</b>  SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> <b>501=1</b>  SI, CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> <b>501=2</b>  NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> <b>501=3</b>		624																												
619A	<b>VERIFIQUE 311/311A:</b> PARA VER SI HAY CÓDIGOS MARCADOS  ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>  NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>		621																												
619AA	<b>VERIFIQUE 311:</b>  OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>  SOLO: ESTERILIZACIÓN MASCULINA, CONDÓN Ó RETIRO <input type="checkbox"/> <b>311=B,G,L</b>		620																												
619B	¿Su esposo /compañero sabe que Usted está usando un método de planificación familiar?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE.....	8	621																						
SI.....	1																														
NO.....	2																														
NO SABE.....	8																														
620	Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada, ¿Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo (compañero) o los dos decidieron juntos?	<table> <tr> <td>ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DECISIÓN CONJUNTA.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRA: _____</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE.....	1	ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE.....	2	DECISIÓN CONJUNTA.....	3	OTRA: _____	6																					
ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE.....	1																														
ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE.....	2																														
DECISIÓN CONJUNTA.....	3																														
OTRA: _____	6																														
621	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (compañero) sobre la planificación familiar.  ¿Ud. piensa que su esposo (compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	<table> <tr> <td>APRUEBA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DESAPRUEBA.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>8</td> </tr> </table>	APRUEBA.....	1	DESAPRUEBA.....	2	NO SABE.....	8																							
APRUEBA.....	1																														
DESAPRUEBA.....	2																														
NO SABE.....	8																														
621 A	¿Con qué frecuencia Ud. habló con su esposo/compañero acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	<table> <tr> <td>NUNCA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ALGUNAS VECES.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUY A MENUDO.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	NUNCA.....	1	ALGUNAS VECES.....	2	MUY A MENUDO.....	3																							
NUNCA.....	1																														
ALGUNAS VECES.....	2																														
MUY A MENUDO.....	3																														
622	<b>VERIFIQUE 311 Y 311A:</b>  NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>  ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		624																												
623	¿Ud. piensa que su esposo (compañero) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	<table> <tr> <td>MISMO NÚMERO.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MÁS HIJOS.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MENOS HIJOS.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>8</td> </tr> </table>	MISMO NÚMERO.....	1	MÁS HIJOS.....	2	MENOS HIJOS.....	3	NO SABE.....	8																					
MISMO NÚMERO.....	1																														
MÁS HIJOS.....	2																														
MENOS HIJOS.....	3																														
NO SABE.....	8																														
624	¿Usted está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo/compañero cuando... a. ... ¿Ella sabe que él tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual?..... b. ... ¿Ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer?..... c. ... ¿Ella ha tenido recientemente un parto?..... d. ... ¿Ella está cansada o no está de humor?.....	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>TIENE UNA ETS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CANSADA/NO DE HUMOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	TIENE UNA ETS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8									
	SI	NO	NS																												
TIENE UNA ETS.....	1	2	8																												
OTRA MUJER.....	1	2	8																												
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																												
CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8																												

## SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
701	<p><b>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</b></p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">501=1,2</span> <span>505=1,2,3</span> </p> <p> <span style="margin-right: 100px;">ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/></span> <span>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></span> </p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <span>502=3</span>  NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </p>	<p style="text-align: right;">703</p> <p style="text-align: right;">707</p>																									
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																									
703	¿Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706																								
704	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?  - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MÁS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<p style="text-align: right;"><b>CIRCULE ANOTE</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">NIVEL AÑO</th> <th style="text-align: center;">CIRCULO</th> <th style="text-align: center;">ANOTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA..... 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA..... 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POST GRADO..... 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;">998</td> </tr> </tbody> </table>	NIVEL AÑO	CIRCULO	ANOTE	INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA..... 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POST GRADO..... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO SABE.....		998	
NIVEL AÑO	CIRCULO	ANOTE																									
INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
PRIMARIA..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SECUNDARIA..... 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
POST GRADO..... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
NO SABE.....		998																									
706	<p><b>VERIFIQUE 701:</b></p> <p>ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>      SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>																									
707	La semana pasada, entre el domingo ____ y el sábado ____, ¿Ud. ha realizado algún trabajo, aparte del trabajo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	710																								
708	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia.  ¿La semana pasada Ud. ha realizado alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710																								
708A	Aunque Ud. no trabajó la semana pasada, ¿tiene un trabajo o negocio del cual estuvo ausente por licencia, enfermedad, vacaciones, maternidad o cualquier otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	710																								
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	718AA																								
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) Ud. principalmente?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>																									
711	<p><b>VERIFIQUE 710:</b></p> <p>TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>      NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>	713																									
712	¿Ud. trabaja (trabajó) principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
713	¿Ud. realiza (realizó) ese trabajo para un familiar, para otro o trabaja (trabajó) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																					
714	¿Usted usualmente trabaja (trabajaba) en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																					
715	¿Ud. usualmente trabaja (trabajaba) durante todo el año, trabaja por temporada o sólo de vez en cuando?	DURANTE TODO EL AÑO..... 1 POR TEMPORADA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																																					
716	¿A Ud. le pagan (pagaban) o usted gana (ganaba) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	718AA																																				
716A	VERIFIQUE 501, 707, 708 Y 708A:  ACTUALMENTE CASADA /CONVIVIENTE Y TRABAJÓ LA SEMANA PASADA. <input type="checkbox"/>	ACTUALMENTE NO EN UNIÓN O ACTUALMENTE EN UNION PERO NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA <input type="checkbox"/>	718AA																																				
717	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que Ud. gana?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5																																					
718A	¿Diría que el dinero que Usted gana es más, menos o igual de lo que gana su esposo/compañero?	MAS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 MENOS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 IGUAL A ESPOSO/COMPAÑERO..... 3 ESPOSO/ COMPAÑERO NO GANA..... 4 NO SABE..... 8	719																																				
718AA	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que su esposo/compañero gana?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5 SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA/ NUNCA UNIDA ..... 6 ESPOSO/COMPAÑERO NO GANA ..... 7	720																																				
719	En su hogar, quién tiene la última palabra en las siguientes decisiones:  a. ¿El cuidado de su salud?..... b. ¿Hacer compras grandes del hogar?..... c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?..... d. ¿Visitar a familia, amigos, o parientes?..... e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTRE- VISTADA</th> <th>ESPOSO</th> <th>AMBOS</th> <th>ALGUIEN MÁS</th> <th>ENTREV./ ALGUIEN MÁS</th> <th>NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	ENTRE- VISTADA	ESPOSO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ENTREV./ ALGUIEN MÁS	NADIE	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
ENTRE- VISTADA	ESPOSO	AMBOS	ALGUIEN MÁS	ENTREV./ ALGUIEN MÁS	NADIE																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
1	2	3	4	5	6																																		
720	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGÚN HIJO MENOR DE 6 AÑOS VIVIENDO CON LA ENTREVISTADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		721																																				
720A	¿Quién cuida usualmente de (NOMBRE DEL NIÑO MENOR EN EL HOGAR), cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES..... 03 PADRES/SUEGROS..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS/AMIGOS..... 06 OTROS NO PARIENTES..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 CUIDADO WAWA-WASI..... 09 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 10 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																					
721	A veces el esposo/compañero se molesta por cosas que hace su esposa. En su opinión, Ud. está de acuerdo que él golpee a su esposa....  a. ... ¿Si ella sale de la casa sin decirle nada a él? b. ... ¿Si ella descuida a los niños? c. ... ¿Si ella discute con él? d. ... ¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él? e. ... ¿Si ella quema la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SALE DE LA CASA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA A NIÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DISCUTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SE NIEGA A TENER 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	NS	SALE DE LA CASA.....	1	2	8	DESCUIDA A NIÑOS.....	1	2	8	DISCUTE.....	1	2	8	SE NIEGA A TENER SEXO.....	1	2	8	QUEMA LA COMIDA.....	1	2	8													
	SI	NO	NS																																				
SALE DE LA CASA.....	1	2	8																																				
DESCUIDA A NIÑOS.....	1	2	8																																				
DISCUTE.....	1	2	8																																				
SE NIEGA A TENER SEXO.....	1	2	8																																				
QUEMA LA COMIDA.....	1	2	8																																				



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
804	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 805
804 A	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
804 B	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	→ 805
804 C	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
805	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
806	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 807
806 A	¿En que etapa o momento de la vida del niño/a la madre con SIDA podría infectar o transmitir el SIDA a su hijo?  ¿En algún otro momento? (¿De alguna otra manera?)  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	DURANTE EL EMBARAZO..... A DURANTE EL PARTO..... B DURANTE LA LACTANCIA..... C OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... Z	
807	¿Si un niño o niña tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir asistir a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
808	Si un profesor tiene una infección por el virus que causa el SIDA, ¿se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
809	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo debe despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
810	Si un médico tiene la infección por el virus que causa el SIDA, ¿Se le debe permitir a él o ella continuar con su trabajo en el establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
811	Si una persona tiene el virus que causa el SIDA (VIH) y necesita operarse, ¿deben permitirle la operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
812	¿Usted compraría verduras o frutas si supiera que el vendedor está infectado con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
813	En caso de que un pariente suyo estuviera infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Usted guardaría en secreto su enfermedad?	SI, GUARDA EL SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTA SEGURO/DEPENDE..... 8	
814	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
815	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	→ 817 A
815 A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?  ¿Alguna otra enfermedad?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C CHANCRO..... D HERPES..... E  OTRO _____ W (ESPECIFIQUE)  OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
816	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <b>que un hombre</b> tiene una enfermedad de transmisión sexual?            ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <p>DOLOR ABDOMINAL..... A            SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B            SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C            MOLESTIAS AL ORINAR..... D            ENROJECIMIENTO/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E            INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F            ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G            VERRUGAS GENITALES..... H            SANGRE EN LA ORINA..... I</p>	<p>PÉRDIDA DE PESO..... J            IMPOTENCIA..... K            PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L            SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M            OTRO: _____ W            (ESPECIFIQUE)            NO SABE..... Z</p>																			
816 A	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <b>que una mujer</b> tiene una enfermedad de transmisión sexual?            ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <p>DOLOR ABDOMINAL..... A            SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B            SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C            MOLESTIAS AL ORINAR..... D            ENROJECIMIENTO/PICAZÓN/ARDOR EN GENITALES..... E            INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN/DOLOR EN GENITALES..... F            ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G            VERRUGAS GENITALES..... H</p>	<p>SANGRE EN LA ORINA..... I            PÉRDIDA DE PESO..... J            INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... K            PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L            OTRO: _____ W            (ESPECIFIQUE)            NO SABE..... Z</p>																			
817	<p>En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual?</p>	<p>SI..... 1            NO..... 2            NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 3            NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>	817 E																		
817 A	<p><b>VERIFIQUE 512:</b></p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		819																		
817 B	<p>Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que olía mal?</p>	<p>SI..... 1            NO..... 2            NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>																			
817 C	<p>Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?</p>	<p>SI..... 1            NO..... 2            NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>																			
817 D	<p><b>VERIFIQUE 817 B =1 ú 817 C=1</b></p> <p>HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/></p>		818																		
817 E	<p>La última vez que usted tuvo ese problema, hizo algo de lo siguiente:</p> <p>a. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular?            b. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional?            c. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica?            d. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente?            e. ¿Se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÉDICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FARMACIA/BOTICA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMIGO/PARIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTORECETÓ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	MÉDICO.....	1	2	CURANDERO.....	1	2	FARMACIA/BOTICA.....	1	2	AMIGO/PARIENTE.....	1	2	AUTORECETÓ.....	1	2	
	SI	NO																			
MÉDICO.....	1	2																			
CURANDERO.....	1	2																			
FARMACIA/BOTICA.....	1	2																			
AMIGO/PARIENTE.....	1	2																			
AUTORECETÓ.....	1	2																			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
817 F	<b>VERIFIQUE 817 E:</b> CONSEJO O TRATAMIENTO DE UN MÉDICO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/> →	818
817 G	<p>¿A dónde acudió usted?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>¿A algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR GOBIERNO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA ..... C</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD..... D</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD. E</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... F</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.. G</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... I</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ K</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... L</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... M</p> <p><b>OTRO:</b> _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
818	En los últimos 12 meses ¿usted ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una pareja diferente a su pareja estable?	SI..... 1 NO..... 2	
819	En los últimos 3 meses, entre _____ y _____, ¿Le han aplicado alguna inyección?  SI RESPONDE SI: ¿Cuántas inyecciones le pusieron?	NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 90 INYECCIONES A MÁS..... 90 NINGUNO ..... 00 → 820	
819 A	De estas inyecciones, ¿Cuántas fueron aplicadas por un doctor, una enfermera, un farmacéutico, un dentista u otro trabajador de la salud?	NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 90 INYECCIONES A MÁS..... 90 NINGUNO ..... 00 → 819 C	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
819 B	<p>La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿a dónde fue usted a que le aplicaran la inyección?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL MINSA ..... 10</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... 11</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA ..... 12</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD..... 13</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD... 14</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LAS FFAA Y PNP..... 15</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.... 16</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ 19</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PARTICULAR ..... 20</p> <p>FARMACIA / BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ 29</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 31</p> <p>HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... 32</p> <p><b>EN SU DOMICILIO</b>..... 41</p> <p><b>OTRO:</b> _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
819 C	<p>¿La persona que le puso la inyección utilizó una jeringa y aguja nueva?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
820	<p>¿Tiene usted seguro de salud?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→ 901</p>
820 A	<p>¿A qué institución corresponde el seguro que usted tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	<p>ESSALUD/IPSS ..... A</p> <p>FUERZAS ARMADAS O POLICIALES ..... B</p> <p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD ..... C</p> <p>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D</p> <p>SEGURO PRIVADO ..... E</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

## SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS							CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquellos que viven en otro lugar, y aquellos que fallecieron Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?							<b>NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
902	<b>VERIFIQUE 901:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> DOS O MÁS HIJOS(AS)         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÓLO UN HIJO (A) (LA ENTREVISTADA)         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → PASE A 1000         </div> </div>							
903	De todos(as) los(as) hermanos(as) que usted tuvo, ¿cuántos nacieron antes que usted?				NÚMERO DE HERMANO(A)S ANTERIORES.....			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
904	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2						
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8 PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
908	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la ciudad, en el pueblo o en el campo?	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 8						
909	Cuando (NOMBRE) murió ¿Vivía en la selva, en la sierra, en Lima Metropolitana o en otro lugar de la costa?	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA.. 4 NO SABE/OTRO. 8	
910	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	
911	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						
912	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	
913	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 916)						
914	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 917)						
915	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 917)						
916	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4						
917	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
904								
905	HOMBRE .... 1 MUJER ..... 2	HOMBRE ..... 1 MUJER ..... 2						
906	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905 EN OTRO CUEST. PASE A 1000
907	<input type="checkbox"/> PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. PASE A 1000
908	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4	CIUDAD..... 1 PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 NO SABE..... 4
909	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8	SELVA..... 1 SIERRA..... 2 LIMA METROP... 3 RESTO COSTA... 4 NO SABE/OTRO... 8
910	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998	<input type="checkbox"/> (PASE A 912) NS ..... 9998
911	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
912	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	<input type="checkbox"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE (FINALICE)
913	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 916) ← NO ..... 2
914	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2
915	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 917) ← NO ..... 2
916	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 NINGUNO..... 4
917	<input type="checkbox"/> PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<input type="checkbox"/> PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO PASE A 1000

## SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
1000	<p>VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA</p> <p style="text-align: center;">ESTÁ SELECCIONADA  <input type="checkbox"/> ↓</p> <p style="text-align: center;">NO ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/> →</p>		1036																												
1000 A	<p><b>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</b></p> <p>NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</p> <p style="text-align: center;">HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1 ↓</p> <p style="text-align: center;">NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2 →</p>		1036																												
1000 B	<p><b>LEA:</b></p> <p>Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. 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>																														
1001	<p><b>VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL</b></p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> ↓</p> <p style="text-align: center;">SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/> ↓</p> <p style="text-align: center;">NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> →</p>		1013B																												
1002	<p>Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (compañero):</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE:</p> <p>¿Frecuentemente o a veces?</p> <p>A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?</p> <p>B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?</p> <p>C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas del hogar?</p> <p>D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?</p> <p>E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">FRECUENTE</th> <th style="width: 10%;">A VECES</th> <th style="width: 10%;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARIÑOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO LIBRE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPETUOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>DERECHOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUENTE	A VECES	NUNCA	CARIÑOSO .....	1	2	3	TIEMPO LIBRE .....	1	2	3	CONSULTAS.....	1	2	3	RESPETUOSO .....	1	2	3	DERECHOS.....	1	2	3					
	FRECUENTE	A VECES	NUNCA																												
CARIÑOSO .....	1	2	3																												
TIEMPO LIBRE .....	1	2	3																												
CONSULTAS.....	1	2	3																												
RESPETUOSO .....	1	2	3																												
DERECHOS.....	1	2	3																												
1003	<p>Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero):</p> <p>A ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?</p> <p>B ¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?</p> <p>C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?</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> <p>F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> <th style="width: 10%;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CELOSO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>INFIEL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA AMISTADES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>SABER DONDE VA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DESCONFIANZA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CELOSO .....	1	2	8	INFIEL .....	1	2	8	VISITA AMISTADES .....	1	2	8	VISITA FAMILIA .....	1	2	8	SABER DONDE VA.....	1	2	8	DESCONFIANZA .....	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
CELOSO .....	1	2	8																												
INFIEL .....	1	2	8																												
VISITA AMISTADES .....	1	2	8																												
VISITA FAMILIA .....	1	2	8																												
SABER DONDE VA.....	1	2	8																												
DESCONFIANZA .....	1	2	8																												
1004	<p>Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero).</p> <p>Su (último) esposo (compañero) alguna vez:</p>																														
A	<p>¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?</p> <p>SI ..... 1 →</p> <p>NO ..... 2 ↘</p>	<p>¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?</p> <p>MUCHA FRECUENCIA ..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES ..... 2</p> <p>NUNCA ..... 3</p>																													
B	<p>¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?</p> <p>SI ..... 1 →</p> <p>NO ..... 2 ↘</p>	<p>¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?</p> <p>MUCHA FRECUENCIA ..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES ..... 2</p> <p>NUNCA ..... 3</p>																													
C	<p>¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica?</p> <p>SI ..... 1 →</p> <p>NO ..... 2 ↘</p>	<p>¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?</p> <p>MUCHA FRECUENCIA ..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES ..... 2</p> <p>NUNCA ..... 3</p>																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:				
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
D	¿La ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
E	¿Trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
F	¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
H	¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1006	<b>VERIFIQUE 1005:</b> POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>				1009
1007	¿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 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96		
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (compañero) le hizo:				
A	¿Tuvo moretones y dolores?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
D	¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1009	¿Alguna vez usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?		SI..... 1 NO..... 2 → 1011		
1010	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Con qué frecuencia usted 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		
1011	¿Su esposo (compañero) toma (ba) bebidas alcohólicas?		SI..... 1 NO..... 2 → 1013A		
1012	¿Su esposo (compañero) se embriaga(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3		
1012A	<b>VERIFIQUE 1006:</b> POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>				1013 A
1012B	Cuando su esposo (compañero) la ha agredido/golpeado, ¿se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?		SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1020	<p>¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO/COMPAÑERO ..... A MADRE ..... B PADRE ..... C MADRASTRA ..... D PADRASTRO ..... E HERMANA ..... F HERMANO ..... G HIJA ..... H HIJO ..... I EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... J SUEGRA ..... K SUEGRO ..... L OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... M OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... N OTRO PARIENTE FEMENINO ..... O OTRO PARIENTE MASCULINO ..... P AMIGA/CONOCIDA ..... Q AMIGO/CONOCIDO ..... R MAESTRO(A) / PROFESOR(A) ..... S EMPLEADOR(A) ..... T EXTRAÑO(A) ..... U OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1021	<p><b>VERIFIQUE 1005, 1013 Y 1019:</b></p> <p>POR LO MENOS <input type="checkbox"/> UN 'SI'</p> <p>NINGÚN 'SI' <input type="checkbox"/></p>		1025
1022	<p>Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?</p>	SI..... 1 NO..... 2	1023A
1023	<p>¿A quién le ha pedido ayuda?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE</p>	MADRE ..... A PADRE ..... B HERMANA ..... C HERMANO ..... D ACTUAL (ÚLTIMO) ESPOSO (COMPAÑERO)..... E SUEGRA ..... F SUEGRO ..... G OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... H OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... I OTRO PARIENTE FEMENINO ..... J OTRO PARIENTE MASCULINO ..... K AMIGO(A) ..... L VECINO(A) ..... M OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1023A	<p>Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?</p> <p>SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?</p> <p>¿Alguna otra institución?</p>	COMISARÍA..... A JUZGADO ..... B FISCALIA ..... C DEFENSORIA MUNICIPAL (DEMUNA) ..... D MINISTERIO DE LA MUJER (MIMDES) ..... E DEFENSORIA DEL PUEBLO ..... F ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... G ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z	1025
1024	<p>¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?</p>	NO SABIA DONDE IR / NO CONOCE SERVICIOS..... 01 NO ERA NECESARIO..... 02 DE NADA SIRVE..... 03 COSAS DE LA VIDA..... 04 MIEDO AL DIVORCIO/SEPARACIÓN ..... 05 MIEDO A QUE LE PEGARA DE NUEVO A ELLA O A SUS HIJOS ..... 06 MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGO ..... 07 VERGUENZA..... 08 ELLA TENÍA LA CULPA ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1025	<p>Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1026	<p>¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	

1027	VERIFIQUE 203  AL MENOS UN HIJO / HIJA QUE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	NINGUN HIJO / HIJA VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> → 1032	
1028	¿Quién reprende o castiga a sus hijos en el hogar ?  ¿Quién más?	PADRE BIOLÓGICO ..... A MADRE BIOLÓGICA : ..... B OTRO : _____ X (ESPECIFIQUE)  NADIE / NO LOS CASTIGAN ..... Y → 1032	
1029	SI 1028 = A <input type="checkbox"/>	SI 1028 = B <input type="checkbox"/>	SI 1028 = X <input type="checkbox"/>
1030	A. ¿De qué manera castiga su esposo/compañero a su(s) hijo(s)?  INDAGUE ¿De alguna otra forma?... PALMADAS ..... A REPRIMENDA VERBAL ..... B PROHIBIÉNDOLES ALGO QUE LES GUSTA ..... C PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN ..... D CON GOLPES O CASTIGOS FÍSICOS ..... E DEJÁNDOLOS ENCERRADOS ..... F IGNORÁNDOLOS ..... G PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO ..... H DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA ..... I ECHÁNDOLES AGUA ..... J QUITÁNDOLES LA ROPA ..... K QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS ..... L QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... M OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)	B. ¿De qué manera castiga Ud. a su(s) hijo(s)?  A ..... A B ..... B C ..... C D ..... D E ..... E F ..... F G ..... G H ..... H I ..... I J ..... J K ..... K L ..... L M ..... M X ..... X (ESPECIFIQUE)	C. ¿De qué manera castiga esa persona a su(s) hijo(s)?  A ..... A B ..... B C ..... C D ..... D E ..... E F ..... F G ..... G H ..... H I ..... I J ..... J K ..... K L ..... L M ..... M X ..... X (ESPECIFIQUE)
1031	En el mes de _____ ¿Alguno de sus hijos fue castigado por su mal comportamiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1032	¿En qué forma la castigan ó castigaban a Ud. sus padres?  ¿De alguna otra forma?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	PALMADAS ..... A REPRIMENDA VERBAL ..... B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA..... C PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... D GOLPEÁNDOLA..... E QUEMÁNDOLA..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G IGNORÁNDOLA..... H PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... I DEJÁNDOLA FUERA DE CASA..... J HUNDIÉNDOLE EN AGUA..... K QUITÁNDOLE LA ROPA..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO ME CASTIGAN / CASTIGABAN..... Y	
1033	¿Cree Ud. que para educar a los hijos es necesario el castigo físico?  <b>SI DIJO: "SI"</b> ¿Con qué frecuencia?	FRECUENTEMENTE..... 1 ALGUNA VECES..... 2 NO / NUNCA ..... 3	



**INSTRUCCIONES GENERALES**

- EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.
- LAS COLUMNAS 1 Y 4, DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

**INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.**

**COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos**

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES

- 0 NINGÚN MÉTODO
- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 PÍLDORAS
- 4 DIU
- 5 INYECCIONES

- 6 IMPLANTES O NORPLANT
- 7 CONDÓN
- 8 CONDÓN FEMENINO
- 9 ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)
- J AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
- K ABSTINENCIA PERIÓDICA
- L RETIRO
- M ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA
- X OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

**COL 2: Discontinuidad de Uso de Anticonceptivo**

- 1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
- 2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
- 3 MARIDO DESAPROBÓ
- 4 EFECTOS COLATERALES
- 5 MOTIVOS DE SALUD
- 6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
- 7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO
- 8 USO INCONVENIENTE
- 9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
- C COSTO
- F FATALISTA
- A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/AMENOPAUSIA
- D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN

- X OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)
- Z NO SABE

**COL 3: Fuente de Anticoncepción**

- 1 HOSPITAL MINSA
- 2 CENTRO DE SALUD MINSA
- 3 PUESTO DE SALUD MINSA
- 4 PROMOTOR DE SALUD MINSA
- 5 HOSPITAL DE ESSALUD
- 6 POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD
- 7 HOSPITAL /OTRO DE LAS FFAA Y PNP
- 8 HOSPITAL /OTRO DE LA MUNICIPALIDAD

- A OTRO GOBIERNO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)
- B CLÍNICA PARTICULAR
- C FARMACIA / BOTICA
- D CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR
- E OTRO SECTOR PRIVADO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

- F CLÍNICA/POSTA DE ONG
- G PROMOTORES DE ONG
- H HOSPITAL /OTRO DE LA IGLESIA
- I TIENDA / SUPERMERCADO / HOSTAL
- J AMIGOS / PARIENTES
- K NADIE/SE AUTORECETO
- X OTRO: \_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

**COL 4: Matrimonio / Unión**

- X EN UNIÓN (CASADA O CONVIVIENTE)
- O NO EN UNIÓN

1		1	2	3	4
	12	DIC	01		DIC
	11	NOV	02		NOV
	10	OCT	03		OCT
	09	SEP	04		SEP
2	08	AGO	05		AGO 2
0	07	JUL	06		JUL 0
1	06	JUN	07		JUN 1
1	05	MAY	08		MAY 1
	04	ABR	09		ABR
	03	MAR	10		MAR
	02	FEB	11		FEB
	01	ENE	12		ENE
	12	DIC	13		DIC
	11	NOV	14		NOV
	10	OCT	15		OCT
	09	SEP	16		SEP
2	08	AGO	17		AGO 2
0	07	JUL	18		JUL 0
1	06	JUN	19		JUN 1
0	05	MAY	20		MAY 0
	04	ABR	21		ABR
	03	MAR	22		MAR
	02	FEB	23		FEB
	01	ENE	24		ENE
	12	DIC	25		DIC
	11	NOV	26		NOV
	10	OCT	27		OCT
	09	SEP	28		SEP
2	08	AGO	29		AGO 2
0	07	JUL	30		JUL 0
0	06	JUN	31		JUN 0
9	05	MAY	32		MAY 9
	04	ABR	33		ABR
	03	MAR	34		MAR
	02	FEB	35		FEB
	01	ENE	36		ENE
	12	DIC	37		DIC
	11	NOV	38		NOV
	10	OCT	39		OCT
	09	SEP	40		SEP
2	08	AGO	41		AGO 2
0	07	JUL	42		JUL 0
0	06	JUN	43		JUN 0
8	05	MAY	44		MAY 8
	04	ABR	45		ABR
	03	MAR	46		MAR
	02	FEB	47		FEB
	01	ENE	48		ENE
	12	DIC	49		DIC
	11	NOV	50		NOV
	10	OCT	51		OCT
	09	SEP	52		SEP
2	08	AGO	53		AGO 2
0	07	JUL	54		JUL 0
0	06	JUN	55		JUN 0
7	05	MAY	56		MAY 7
	04	ABR	57		ABR
	03	MAR	58		MAR
	02	FEB	59		FEB
	01	ENE	60		ENE
	12	DIC	61		DIC
	11	NOV	62		NOV
	10	OCT	63		OCT
	09	SEP	64		SEP
2	08	AGO	65		AGO 2
0	07	JUL	66		JUL 0
0	06	JUN	67		JUN 0
6	05	MAY	68		MAY 6
	04	ABR	69		ABR
	03	MAR	70		MAR
	02	FEB	71		FEB
	01	ENE	60		ENE

