

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

# ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR

## ENDES - 2009

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

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

### IDENTIFICACIÓN

#### A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PROVINCIA _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DISTRITO _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CENTRO POBLADO .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ÁREA URBANA  ZONA N° ..... <input type="text"/> MANZANA N° ..... <input type="text"/> ÁREA RURAL  A.E.R. .... <input type="text"/>	VIVIENDA N° ..... <input type="text"/>  CUESTIONARIO <input type="text"/> DE <input type="text"/>
--	---

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR \_\_\_\_\_

### VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DÍA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO ..... <input type="text"/> ENTREVISTADORA..... <input type="text"/> RESULTADO FINAL..... <input type="text"/>
RESULTADO***				
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS ..... <input type="text"/>
<b>***CÓDIGOS DE RESULTADO:</b> 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)				<b>DATOS DE CONTROL</b> TOTAL HOGARES EN LA VIVIENDA..... <input type="text"/> TOTAL PERSONAS EN EL HOGAR ..... <input type="text"/> MUJERES 15 - 49 AÑOS <input type="text"/> N° DE ORDEN DEL INFORMANTE..... <input type="text"/>

NOMBRE

SUPERVISORA EN EL CAMPO

CRÍTICO DE OFICINA

DIGITADOR (A)

FECHA

## SECCIÓN 1. LISTADO DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... MINUTOS.....	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
----	-------------------------	---------------------------	---

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

Nº OR- DEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ELEGIBILIDAD	
			¿Vive (NOMBRE) habitual- mente 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 cumpli- dos 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

Sólo para estar segura que tengo una lista completa

1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado?
2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí?
3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche?

SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐

SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐

SI ☐ → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO ☐

TOTAL MUJERES  
15 A 49

CONTINÚA EN OTRO  
CUESTIONARIO  
SI 1 NO 2

Nº OR- DEN	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD			CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
				PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS			
	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrito en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud?  <b>Sí:</b> ¿En cuál? ¿En algún otro seguro de salud?  <b>A</b> ESSALUD / IPSS <b>B</b> Fuerzas Armadas o Policiales <b>C</b> Seguro Integral de Salud <b>D</b> Entidad Prestadora de Salud <b>E</b> Seguro Privado <b>Y</b> NO SABE <b>Z</b> NO ESTA AFILIADO  <b>Y, Z: PASE A 13</b>			¿(NOMBRE) es titular de alguno de los seguros de salud indicados?			(NOMBRE) la semana pasada:  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? 05 ¿Buscó trabajo? 06 ¿Estudiaba? 07 ¿Realizó los quehaceres del hogar? 96 ¿Otro? 98 NO SABE
	(11)			(12)			(13)
				SI	NO	NS	
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	8	<input type="text"/>
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 aprobó (NOMBRE)?  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			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?  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			El año pasado (NOMBRE), ¿Estuvo matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?	
	(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 asistió (NOMBRE) el año pasado?  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	El año o grado de estudios al que (NOMBRE) asistió el año pasado: ¿Lo aprobó, lo desaprobó o se retiró?  1 APROBÓ 2 DESAPROBÓ 3 SE RETIRÓ 4 OTRO 5 INICIAL	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?  NO O NS: PASE A 24	<b>ESTA VIVA</b>  ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)?  <b>SI:</b> ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE  <b>NO:</b> 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 30	<b>ESTA VIVO</b>  ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)?  <b>SI:</b> ¿Cuál es su nombre?  ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE  <b>NO:</b> ANOTE "00"
	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	NIVEL AÑO GRADO		SI NO NS		SI NO NS	
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

## SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
30	¿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 → 32 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 } → 32 PILÓN / GRIFO PÚBLICO..... 13 }  <b>AGUA DE POZO</b> POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 37 POZO PÚBLICO..... 22 }  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 } → 35 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32 }  AGUA DE LLUVIA..... 41 → 37 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 → 35 AGUA EMBOTELLADA..... 91 OTRO ..... 96 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
31	¿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 → 37 POZO PÚBLICO..... 22 → 35  <b>AGUA DE SUPERFICIE</b> MANANTIAL (PUQUIO)..... 31 } → 35 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA..... 32 }  AGUA DE LLUVIA..... 41 → 37 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51 } → 35 OTRO ..... 96 } <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
32	¿La fuente de abastecimiento de agua en el hogar está disponible todo el día?	SI..... 1 NO..... 2	
33	En las últimas dos semanas ¿Tuvo un corte de agua todo un día o más tiempo?	SI..... 1 NO..... 2	
34	VERIFIQUE 30 Y 31 FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO/ PILÓN / GRIFO PÚBLICO (Códigos: 12 o 13)	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA (Código: 11)	37
35	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ..... 99	
36	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 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
37	¿Usted almacena o guarda el agua para tomar?	SI..... 1 NO..... 2	
38	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/COLOR..... 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 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
39	¿Usted, o algún miembro de su hogar, paga por el agua?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	43
40	¿A quién paga por el agua?	INSTITUCIÓN/ EMPRESA PÚBLICA ..... 1 INSTITUCIÓN/EMPRESA PRIVADA..... 2 OTRO PROVEEDOR PRIVADO DE AGUA..... 3 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
41	¿Cada qué tiempo paga por el agua?	CADA VEZ QUE VIENE..... 1 CADA DÍA..... 2 CADA SEMANA..... 3 CADA MES..... 4 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	
42	En promedio, ¿Cuánto paga cada (PREGUNTE DE ACUERDO A LA RESPUESTA DADA EN LA 41)?	CANTIDAD PAGADA S/. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> OTRO ..... 992.0 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 998.0	
43	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar?  SI TIENE LETRINA SONDEE EL TIPO	<b>CONECTADO A RED PÚBLICA</b> DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA..... 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..... 34 POZO CIEGO O NEGRO ..... 35 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL/ CAMPO)..... 51 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	47
44	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	46
45	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	
46	¿Con qué frecuencia realizan el aseo del baño o letrina?	VARIAS VECES AL DIA..... 1 UNA VEZ AL DIA..... 2 VARIAS VECES A LA SEMANA..... 3 UNA VEZ A LA SEMANA..... 4 DE 8 A MÁS DIAS..... 5 NUNCA..... 6 NO SABE..... 8	
47	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 ESPECÍFICO ..... 5	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
48	<p>¿Ustedes dónde botan la basura orgánica?</p> <p><b>BASURA ORGÁNICA:</b> ES TODO DESPERDICIO ALIMENTICIO, COMO CÁSCARAS DE FRUTAS, VERDURAS, CAFÉ, HUEVO, RESTOS DE ALIMENTOS Y DESECHOS DEL JARDÍN, COMO PASTO Y HOJAS. ASIMISMO, CONSIDERA LOS DESPERDICIOS AGRÍCOLAS.</p>	<p><b>RECOGIDO DE LA CASA</b></p> <p>POR EL GOBIERNO..... 11</p> <p>POR EL MUNICIPIO..... 12</p> <p>POR LA COMUNIDAD..... 13</p> <p>POR EMPRESAS PRIVADAS..... 14</p> <p>OTRO ..... 15</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>TIRAN EN CONTENEDORES</b></p> <p>DEL GOBIERNO..... 21</p> <p>DEL MUNICIPIO..... 22</p> <p>DE LA COMUNIDAD..... 23</p> <p>DE EMPRESAS PRIVADAS..... 24</p> <p><b>DEPOSITADO O TIRADO</b></p> <p>FOSA ABIERTA..... 31</p> <p>LUGAR DISTANTE..... 41</p> <p>EN LA CALLE..... 42</p> <p>DENTRO DEL PATIO O TERRENO ..... 43</p> <p>LA QUEMAN..... 51</p> <p>LA ENTIERRAN ..... 61</p> <p>COMPOST ..... 71</p> <p>ALIMENTAN A LOS ANIMALES ..... 81</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	50
49	¿Cada qué tiempo recogen la basura?	<p>DIARIO..... 01</p> <p>VARIAS VECES A LA SEMANA ..... 02</p> <p>SEMANAL..... 03</p> <p>QUINCENAL ..... 04</p> <p>UNA VEZ POR MES ..... 05</p> <p>ES IRREGULAR ..... 06</p> <p>OTRO ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 98</p>	
50	Antes de botar la basura ¿En qué la almacenan?	<p>RECIPIENTE O CONTENEDOR CUBIERTO ..... 1</p> <p>RECIPIENTE O CONTENEDOR DESCUBIERTO ..... 2</p> <p>BOLSAS DE PLÁSTICO ..... 3</p> <p>BOLSAS DE PAPEL O PERIÓDICO ..... 4</p> <p>NO TIENE RECIPIENTE ..... 5</p> <p>OTRO ..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
51	<p>Su hogar tiene:</p> <p>a. ¿sofá?</p> <p>b. ¿vitrina / aparador?</p> <p>c. ¿repostero?</p> <p>d. ¿comoda / ropero?</p> <p>e. ¿reloj de pared?</p> <p>f. ¿teléfono fijo?</p> <p>g. ¿celular?</p> <p>h. ¿radio?</p> <p>i. ¿televisión?</p> <p>j. ¿televisión por cable?</p> <p>k. ¿licuadora?</p> <p>l. ¿cocina a gas?</p> <p>m. ¿cocina a kerosene?</p> <p>n. ¿microondas?</p> <p>ñ. ¿refrigerador?</p> <p>o. ¿lavadora?</p> <p>p. ¿computadora?</p> <p>q. ¿internet?</p> <p>r. ¿bomba de agua?</p> <p>s. ¿generador de electricidad?</p>	<p><b>SI NO</b></p> <p>a. SOFÁ..... 1 2</p> <p>b. VITRINA / APARADOR..... 1 2</p> <p>c. REPOSTERO..... 1 2</p> <p>d. COMODA / ROPERO..... 1 2</p> <p>e. RELOJ DE PARED..... 1 2</p> <p>f. TELÉFONO FIJO..... 1 2</p> <p>g. CELULAR..... 1 2</p> <p>h. RADIO..... 1 2</p> <p>i. TELEVISIÓN..... 1 2</p> <p>j. TELEVISIÓN POR CABLE..... 1 2</p> <p>k. LICUADORA..... 1 2</p> <p>l. COCINA A GAS..... 1 2</p> <p>m. COCINA A KEROSENE..... 1 2</p> <p>n. MICROONDAS..... 1 2</p> <p>ñ. REFRIGERADOR..... 1 2</p> <p>o. LAVADORA..... 1 2</p> <p>p. COMPUTADORA..... 1 2</p> <p>q. INTERNET..... 1 2</p> <p>r. BOMBA DE AGUA..... 1 2</p> <p>s. GENERADOR DE ELECTRICIDAD..... 1 2</p>	



Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
52	¿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)	60
53	¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2	55
54	¿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)	
55	<b>VERIFIQUE 52 Y 54 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 05 AL 96         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 01 AL 04         </div> </div>		57
56	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea, conducto, desfogue para eliminar el humo?	SI ..... 1 NO..... 2 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
57	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)	59
58	¿Utiliza un cuarto especialmente para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
59	¿Ustedes compran combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2	
60	¿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)	
61	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
62	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
63	¿Usted o algún miembro de su hogar usan mosquiteros para dormir?	SI..... 1 NO..... 2																						
64	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)																						
65	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES 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>RUSTICOS</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 ..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 TRIPLE ..... 34 SIN PAREDES ..... 35 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)																						
66	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA   POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<b>ELABORADOS / ACABADOS</b> CONCRETO ARMADO..... 11 TEJAS..... 12 <b>RUSTICOS</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)																						
67	TIPO DE VENTANAS DE LA VIVIENDA   POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIENE VENTANAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON VIDRIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANA CON MADERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON MALLAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TIENE VENTANAS.....	1	2	VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2	VENTANA CON MADERA.....	1	2	VENTANAS CON MALLAS.....	1	2	VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2	68			
	SI	NO																						
TIENE VENTANAS.....	1	2																						
VENTANAS CON VIDRIO.....	1	2																						
VENTANA CON MADERA.....	1	2																						
VENTANAS CON MALLAS.....	1	2																						
VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS .....	1	2																						
68	Algún miembro de su hogar tiene: a. ¿bicicleta / triciclo? b. ¿motocicleta? c. ¿carro ó camión? d. ¿carreta? e. ¿bote a motor? f. ¿otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA / TRICICLO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRO O CAMIÓN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CARRETA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BOTE A MOTOR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO ..... (ESPECIFIQUE)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	BICICLETA / TRICICLO .....	1	2	MOTOCICLETA .....	1	2	CARRO O CAMIÓN .....	1	2	CARRETA .....	1	2	BOTE A MOTOR .....	1	2	OTRO ..... (ESPECIFIQUE)	1	2	
	SI	NO																						
BICICLETA / TRICICLO .....	1	2																						
MOTOCICLETA .....	1	2																						
CARRO O CAMIÓN .....	1	2																						
CARRETA .....	1	2																						
BOTE A MOTOR .....	1	2																						
OTRO ..... (ESPECIFIQUE)	1	2																						

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																													
69	Las siguientes preguntas nos servirán para saber su posibilidad de afrontar problemas en relación a la salud de usted o de algún miembro de su hogar  ¿Alguno de los miembros de este hogar es dueño de tierras agrícolas?	SI..... 1 NO..... 2	71																																													
70	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	HECTÁREAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  OTRA MEDIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO CONOCE ..... 998																																														
71	Alguno de los miembros de este hogar es dueño de...  ...¿reses ? ...¿caballos, mulas o burros? ...¿cabras? ...¿ovejas? ...¿aves en general? ...¿cuyes, conejos? ...¿cerdos? ...¿otros animales?  PARA CADA RESPUESTA "SI" PREGUNTE: <b>¿Cuántos?</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> <th>CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RESES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CABALLOS/MULAS/BURROS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CABRAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OVEJAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AVES EN GENERAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CUYES./CONEJOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CERDOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS ANIMALES ..... ESPECIFIQUE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	CANTIDAD	RESES .....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CABRAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	OVEJAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	AVES EN GENERAL.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	CERDOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	OTROS ANIMALES ..... ESPECIFIQUE	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	SI	NO	NS	CANTIDAD																																												
RESES .....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
CABALLOS/MULAS/BURROS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
CABRAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
OVEJAS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
AVES EN GENERAL.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
CUYES./CONEJOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
CERDOS.....	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
OTROS ANIMALES ..... ESPECIFIQUE	1	2	8	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
72	¿Alguno de los miembros de este hogar tiene una cuenta o tarjeta bancaria?	SI..... 1 NO..... 2																																														
73	¿Este hogar usa insecticidas, pulgicidas, herbicidas o pesticidas para controlar o matar insectos del hogar o de las plantas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	76																																													
74	¿Qué tipo de protección usan cuando aplican estos productos?  ¿Usa algún otro protector?	BOLSAS PLÁSTICAS..... A GUANTES ..... B ANTEOJOS ..... C MANGAS LARGAS ..... D PANTALONES LARGOS ..... E PAÑUELO ALREDEDOR DE NARIZ Y BOCA ..... F MÁSCARA PARA RESPIRAR..... G BOTAS, ZAPATOS CERRADOS..... H OTRO ..... X ESPECIFIQUE NO SE PROTEGE..... Y NO SABE..... Z																																														
75	¿Dónde se guardan estos productos?  ¿En qué lugar?	DORMITORIO / COCINA..... 1 OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 2 FUERA DE LA VIVIENDA ..... 3 NO ALMACENA ..... 4 NO SABE ..... 8																																														
76	Por favor dígame si este hogar tiene alguno de los siguientes productos:  a. ¿Lejía, ácido muriático, creso u otro similar? b. ¿Veneno para ratas o pericotes? c. ¿Pinturas? d. ¿Preservantes de madera, pegamentos, tiner u otros solventes? e. ¿Gasolina, petróleo u otro líquido combustible? f. ¿Aceite, líquido de frenos, líquido hidráulico?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEJÍA, ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PINTURAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	LEJÍA, ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO .....	1	2	VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....	1	2	PINTURAS.....	1	2	PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....	1	2	GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....	1	2	ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO.....	1	2																									
	SI	NO																																														
LEJÍA, ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO .....	1	2																																														
VENENO PARA RATAS O PERICOTES.....	1	2																																														
PINTURAS.....	1	2																																														
PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES.....	1	2																																														
GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO.....	1	2																																														
ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO.....	1	2																																														

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
77	Alguna persona realiza en su vivienda alguna de las siguientes actividades: a. ¿Reparación de vehículos incluyendo mecánica? b. ¿Reparación y reutilización de baterías? c. ¿Venta de combustible (gasolina, petróleo, kerosene)? d. ¿Carpintería metálica? e. ¿Teñido de cuero, tela f. ¿Elaboración de joyas o alhajas donde usen mercurio u otros productos químicos?	<div style="text-align: right;">SI NO</div> REPARACIÓN DE VEHÍCULOS ..... 1 2 REPARACIÓN Y REUTILIZACIÓN DE BATERÍAS..... 1 2 VENTA DE COMBUSTIBLE (GASOLINA, PETRÓLEO, KEROSENE)..... 1 2 CARPINTERÍA METÁLICA..... 1 2 TEÑIDO DE CUERO, TELA..... 1 2 ELABORACIÓN DE JOYAS..... 1 2	
78	¿Algún miembro de su hogar fuma?	SI ..... 1 NO ..... 2	81
79	¿Fuma dentro de la casa?	SI ..... 1 NO ..... 2	81
80	Incluyendo a todos los miembros que fuman en su hogar, en total, ¿Cuántas veces al día fuman en su casa?	MAS DE CUATRO VECES AL DÍA..... 1 UNA A TRES VECES AL DÍA..... 2 NO ES TODOS LOS DÍAS ..... 3 NO SABE ..... 8	
81	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**ENTREVISTADORA: VEA LA COLUMNA (9) Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIÉN CORRESPONDA. LA SECCIÓN 5 Y 6 DE ESTE CUESTIONARIO SERÁ DILIGENCIADA AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL.**

## SECCIÓN 3. 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 90 Y 91 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 92 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
(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)
		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

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (10) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 90 Y 91 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE N° DE ORDEN Y NOMBRE QUE TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 217 Y 215 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, Y NIÑO POR NIÑO, TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 92 Y 93 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 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)
			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

☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR:

## SECCIÓN 4. PRUEBA DE HEMOGLOBINA

### MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

MEF A MEF VEA PGTA 92. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 98 SEGÚN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL N° DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H.. SI NO ESTA 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
(98)	(99)	(100)	(101)	(102)	(103)
15 - 17 AÑOS ..... 1 18 - 49 AÑOS ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 100</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
15 - 17 AÑOS ..... 1 18 - 49 AÑOS ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 100</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
15 - 17 AÑOS ..... 1 18 - 49 AÑOS ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 100</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
15 - 17 AÑOS ..... 1 18 - 49 AÑOS ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 100</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	SI ..... 1 NO/NS..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

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 SED EL CASO.

### NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS



NIÑO A NIÑO VEA PGTA 93. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 98 SEGÚN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL N° DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H.. SI NO ESTA 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
(98)	(99)	(100)	(101)	(102)	(103)
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE SGTE. NIÑO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE SGTE. NIÑO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE SGTE. NIÑO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE SGTE. NIÑO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
6 MESES Y MAS.. 1 OTRO..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE SGTE. NIÑO</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>PASE A 103</b> ←	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

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. En esta prueba usamos instrumentos descartables y seguros para cada persona. Inmediatamente después de la prueba le estaremos dando los resultados, los cuales serán confidenciales.

Le pido que usted y (NOMBRE DEL NIÑO) participen de la prueba de anemia. 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 anemia?.

104	<p>VERIFIQUE 101 Y 102</p> <p>NÚMERO DE PERSONAS CON HEMOGLOBINA POR DEBAJO DEL LÍMITE : &lt; 12 g / dl en MEF (15 - 49 años) &lt; 11 g / dl en niños(6 - 59 meses) y MEF gestante</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNA O MAS</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>NINGUNA</p>  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p style="width: 45%;">DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA Y CONTINÚE CON 105</p> <p style="width: 45%;">DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA.</p> </div>
105	<p>Hemos detectado un nivel bajo de hemoglobina en su sangre / la sangre de NOMBRE DEL NIÑO (OS). Esto indica que (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)) han desarrollado una severa anemia, lo cual es un serio problema de salud. Le sugiero acercarse al establecimiento de salud para obtener tratamiento adecuado para (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)).</p>

## CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

GRUPOS DE EDAD	GRADOS DE ANEMIA	HEMOGLOBINA (g / dl)
	CLASIFICACIÓN	
MEF (15 - 49 años)	Anemia Leve	10.0 - 11.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	< 7.0
Niños de 6 - 59 meses y Gestantes	Anemia Leve	10.0 - 10.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	4.0 - 6.9
	Anemia muy Severa	< 4.0

## OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la medición de peso, talla y hemoglobina)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## SECCIÓN 5. PRUEBA DE LA SAL, EL AGUA; Y, VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE SALUD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
106	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.		
107	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             109           </div>
108	¿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?	<div style="margin-bottom: 10px;">             _____ VISTA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">1</div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             _____ NO VISTA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">2</div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Especifique la marca           </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Especifique la marca           </div> <div>             No sabe: ..... 998           </div>	
109	<p><b>VEA LA PREGUNTA "30". 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 110 CIRCULE LA ALTERNATIVA "4".</b></p> <p><b>SI MIEMBROS DEL HOGAR PRINCIPALMENTE BEBEN AGUA EMBOTELLADA, CIRCULE LA ALTERNATIVA "5".</b></p>		
110	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: Río, Acequia, Pozo, etc 4 Toman agua embotellada..... 5 No se pudo realizar la Prueba ..... 9	
111	<b>VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE SALUD</b>		
112	<p><b>ENTREVISTADORA:</b> PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ES IMPORTANTE QUE PRIMERO VERIFIQUE LAS RESPUESTAS EN LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN Y, UNA A UNA, MARQUE LOS FILTROS QUE CORRESPONDAN. LUEGO, CON MUCHO TINO SOLICITE AL INFORMANTE AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LAS PRACTICAS DE SALUD DEL HOGAR</p>		
113	<b>VERIFIQUE 37</b>  <b>ALMACENA EL AGUA PARA TOMAR</b> (Código: 1)	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <b>NO</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;">             114           </div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <b>(Código: 2)</b> </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             RECIPIENTE TAPADO CON GRIFO/LLAVE ..... A              RECIPIENTE TAPADO SIN GRIFO/LLAVE ..... B              RECIPIENTE DESCUBIERTO ..... C              JARRA/OLLA/SIMILAR CON TAPA ..... D              JARRA/OLLA/SIMILAR SIN TAPA ..... E              NO OBSERVÓ ..... Z              OTRO ..... X           </div> <div style="text-align: center;">             Especifique           </div>	



Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
114	<b>VERIFIQUE 75:</b> ALMACENA INSECTICIDAS O PESTICIDAS (CÓDIGOS: 1 ó 2)	OTRAS RESPUESTAS (CÓDIGOS: 3, 4, 8 ó NINGUNO CIRCULADO)	116																					
115	¿Podría ver dónde tiene guardados los insecticidas o pesticidas?  OBSERVE SI TODOS ESTÁN EN ENVASES CERRADOS	TODOS EN ENVASES CERRADOS ..... 1 SÓLO ALGUNOS EN ENVASES CERRADOS ..... 2 TODOS EN ENVASES ABIERTOS. .... 3 NO TIENE EN EL MOMENTO..... 4 NO OBSERVÓ..... 5																						
116	<b>VERIFIQUE 76 :</b> TIENE ALGÚN PRODUCTO TÓXICO (QUÍMICO) ALGÚN "SI" (CÓDIGO 1)	TODOS "NO" (CÓDIGOS 2)	118																					
117	¿Podría ver dónde tiene guardado ( NOMBRE DEL DEL PRODUCTO (S) MENCIONADO (S) EN PGTA 76) ?  OBSERVE SI TODOS ESTÁN EN ENVASES CERRADOS	TODOS EN ENVASES CERRADOS ..... 1 SÓLO ALGUNOS EN ENVASES CERRADOS ..... 2 TODOS EN ENVASES ABIERTOS. .... 3 NO TIENE EN EL MOMENTO..... 4 NO OBSERVÓ..... 5																						
118	<b>VERIFIQUE 47:</b> SE LAVAN LAS MANOS DENTRO O FUERA DE LA VIVIENDA (CÓDIGOS: 1, 2, 3 ó 4)	NO ESPECIFICÓ LUGAR (CÓDIGO 5)	120																					
119	SOLICITE ACCESO AL LUGAR DONDE SE LA - VAN LAS MANOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Y OBSERVE SI EN ÉSTE EXISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PUDO OBSERVAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AGUA DE CAÑO O GRIFO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JABÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRO LIMPIADOR DE MANOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LAVATORIO/ TINA/ BALDE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TOALLA LIMPIA O PAÑO PARA SECARSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	PUDO OBSERVAR.....	1	2	AGUA DE CAÑO O GRIFO.....	1	2	JABÓN.....	1	2	OTRO LIMPIADOR DE MANOS.....	1	2	LAVATORIO/ TINA/ BALDE.....	1	2	TOALLA LIMPIA O PAÑO PARA SECARSE	1	2	120
	SI	NO																						
PUDO OBSERVAR.....	1	2																						
AGUA DE CAÑO O GRIFO.....	1	2																						
JABÓN.....	1	2																						
OTRO LIMPIADOR DE MANOS.....	1	2																						
LAVATORIO/ TINA/ BALDE.....	1	2																						
TOALLA LIMPIA O PAÑO PARA SECARSE	1	2																						
120	<b>VERIFIQUE 43:</b> RED PUBLICA DENTRO Y FUERA DE LA VIVIENDA / POZO SÉPTICO (CÓDIGOS: 11, 12 y 21)	SERVICIO HIGIÉNICO ES LETRINA (CÓDIGOS: 31, 32, 33, 34 y 35)  NO TIENE SERVICIO HIGIENICO (CÓDIGO: 41, 51 y 96)	FIN																					
121	DE ACUERDO A LO OBSERVADO REGISTRE	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PUDO OBSERVAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RESTOS DE MATERIA FECAL: INO- DORO, ASIENTO, PISO Y/O PAREDES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RECIPIENTE C/ TAPA PARA BASURA....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESENCIA DE MOSCAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	PUDO OBSERVAR.....	1	2	RESTOS DE MATERIA FECAL: INO- DORO, ASIENTO, PISO Y/O PAREDES.....	1	2	RECIPIENTE C/ TAPA PARA BASURA....	1	2	PRESENCIA DE MOSCAS.....	1	2	FIN						
	SI	NO																						
PUDO OBSERVAR.....	1	2																						
RESTOS DE MATERIA FECAL: INO- DORO, ASIENTO, PISO Y/O PAREDES.....	1	2																						
RECIPIENTE C/ TAPA PARA BASURA....	1	2																						
PRESENCIA DE MOSCAS.....	1	2																						

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

### OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings on the page.

NOMBRE DE LA SUPERVISORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**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**.

Ultimo 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
<b>0</b>	1	2	2	4	3	6	5	4
<b>1</b>	1	1	3	1	4	1	6	5
<b>2</b>	1	2	1	2	5	2	7	6
<b>3</b>	1	1	2	3	1	3	1	7
<b>4</b>	1	2	3	4	2	4	2	8
<b>5</b>	1	1	1	1	3	5	3	1
<b>6</b>	1	2	2	2	4	6	4	2
<b>7</b>	1	1	3	3	5	1	5	3
<b>8</b>	1	2	1	4	1	2	6	4
<b>9</b>	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**.

--	--