



**PRESIDENCIA  
DEL CONSEJO DE MINISTROS**

**INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADISTICA E INFORMATICA**



**ENCUESTA  
DEMOGRAFICA  
Y DE SALUD  
FAMILIAR  
(ENDES - 2009)**



REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR  
ENDES - 2009**

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

CONGLOMERADO	VIVIENDA

**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  
DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

**SI = 1**

**NO= 2**

**VISITAS DE LA ENTREVISTADORA**

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DÍA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> AÑO..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO ENTREVISTADORA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
RESULTADO***				RESULTADO FINAL..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></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; width: 30px; height: 20px;"></table>	_____ _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table>	_____ _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table>

**TABLA DE CONVERSION EDAD-FECHA DE NACIMIENTO PARA ENCUESTAS  
EN EL 2009**

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

Edad Actual		Año de Nacimiento	
		No ha cumplido años en 2009	Ha cumplido años en 2009
		No Sabe	
0	>	2008	---
1	>	2007	2008
2	>	2006	2007
3	>	2005	2006
4	>	2004	2005
5	>	2003	2004
6	>	2002	2003
7	>	2001	2002
8	>	2000	2001
9	>	1999	2000
10	>	1998	1999
11	>	1997	1998
12	>	1996	1997
13	>	1995	1996
14	>	1994	1995
15	>	1993	1994
16	>	1992	1993
17	>	1991	1992
18	>	1990	1991
19	>	1989	1990
20	>	1988	1989
21	>	1987	1988
22	>	1986	1987
23	>	1985	1986
24	>	1984	1985
25	>	1983	1984
26	>	1982	1983
27	>	1981	1982
28	>	1980	1981
29	>	1979	1980

Edad Actual		Año de Nacimiento	
		No ha cumplido años en 2009	Ha cumplido años en 2009
		No Sabe	
30	>	1978	1979
31	>	1977	1978
32	>	1976	1977
33	>	1975	1976
34	>	1974	1975
35	>	1973	1974
36	>	1972	1973
37	>	1971	1972
38	>	1970	1971
39	>	1969	1970
40	>	1968	1969
41	>	1967	1968
42	>	1966	1967
43	>	1965	1966
44	>	1964	1965
45	>	1963	1964
46	>	1962	1963
47	>	1961	1962
48	>	1960	1961
49	>	1959	1960
50	>	1958	1959
51	>	1957	1958
52	>	1956	1957
53	>	1955	1956
54	>	1954	1955
55	>	1953	1954
56	>	1952	1953
57	>	1951	1952
58	>	1950	1951
59	>	1949	1950

## 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 VISITANTE ..... 96	→ 105																												
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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             25 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 113																												
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	→ 113																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO / SE UNIO..... 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NINOS MAS PEQUENOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS ..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA TRABAJAR PARA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUO/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBO EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABIA ESCUELA..... 11 NO HABIA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	<b>VERIFIQUE 108:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>           PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div>           SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> </div> </div>		115
114	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de estas frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA  SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE: ¿Puede Ud. leer parte de alguna de estas frases?	NO PUEDE LEER ..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4  _____ ESPECIFIQUE EL IDIOMA CIEGA/PROBLEMAS VISUALES ..... 5	
114A	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?	SI..... 1 NO..... 2	
114B	<b>VERIFIQUE 114:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>           CIRCULÓ CÓDIGO 2, 3 ó 4 <input type="checkbox"/> </div> <div>           CIRCULÓ CÓDIGO 1 ó 5 <input type="checkbox"/> </div> </div>		116
115	¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
116	¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
117	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	CASI TODOS LOS DIAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
118A	¿Cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?	CASTELLANO ..... 1 QUECHUA ..... 2 AYMARA ..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN ..... 4 IDIOMA EXTRANJERO ..... 5	
119	¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO ..... 1 QUECHUA ..... 2 AYMARA ..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN ..... 4 IDIOMA EXTRANJERO ..... 5	

## 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"/> HIJOS EN CASA..... <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"/> HIJOS FUERA..... <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"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	<b>SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL</b> <b>SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"</b>	TOTAL..... <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"/> 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

## HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo.

**ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 212 : LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS.**

**SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA FUTURA REFERENCIA.**

212	213	214	215	216	217 <u>SI ESTA VIVO</u>	218 <u>SI ESTA VIVO</u>	218A <u>SI ESTA VIVO</u>	219 <u>SI ESTA MUERTO</u>	220
¿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)?  <b>INDAGUE:</b> ¿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?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>ANOTE:</b> - 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) ?  <b>SI :</b> SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  <b>NO:</b> PRÓXIMO NACIMIENTO
01   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PROXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	
02   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
03   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
04   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
05   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
06   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
07   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
08   (NOMBRE)	SIMPLE..... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO

212	213	214	215	216	217 <u>SI ESTA VIVO</u>	218 <u>SI ESTA VIVO</u>	218A <u>SI ESTA VIVO</u>	219 <u>SI ESTA MUERTO</u>	220
¿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)?  <b>INDAGUE:</b> ¿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?  <b>SI "1 AÑO" INDAGUE:</b> En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?  <b>ANOTE:</b> - 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) ?  <b>SI :</b> SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  <b>NO:</b> PRÓXIMO NACIMIENTO
09   (NOMBRE)	SIMPLE.... 1  MULT..... 2	H..... 1  M..... 2	MES  AÑO	SI..... 1  NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	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 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	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 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	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 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	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 ↓ 219	EDAD EN AÑOS  	SI..... 1  NO..... 2	NUMERO  ↓ PASE A 220	DÍAS..... 1  MESES..... 2  AÑOS..... 3	SI..... 1 ↓ SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS  NO..... 2 → PRÓXIMO NACIMIENTO
221	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 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) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.219)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 219 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 2004. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.								<input type="text"/>
225	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2004 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 embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229B
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES.....	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> 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</b> más tiempo, o <b>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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO MEDICO PARTIC..... H EN CASA DE PARTERA ..... I OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)  NO SE HIZO CONTROL PRENATAL..... Y	229B
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	
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	229C 230
229BB	REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN	CÓDIGO DE AFILIACIÓN _____ DÍA      MES      AÑO [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]	
229C	¿Cómo se enteró Ud. del Seguro Integral de Salud?  ¿Por algún otro medio?  CIRCULE TODAS LAS FUENTES DE INFORMACION QUE MENCIONE	POR LA TELEVISION ..... A POR LA RADIO ..... B POR LOS PERIODICOS ..... 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..... AÑO.....	
232	<b>VERIFIQUE 231:</b> ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ EN ENERO DEL 2004 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ÚLTIMA PÉRDIDA TERMINÓ ANTES DE ENERO DEL 2004 <input type="checkbox"/>		236

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 <b>CALENDARIO</b> 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 2004?	SI..... 1 NO..... 2 →	236
235	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO, QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO POSTERIOR A A ENERO DEL 2004 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES QUE TUVO LA PÉRDIDA Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235A	¿Tuvo Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero del 2004?	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 que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 →	239
238	Para Ud. ¿Cuáles son esos días en los cuales puede quedar más fácilmente embarazada?  _____  _____ ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 01 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 02 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 03 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 04 EN CUALQUIER 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 INSCRIPCION..... 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.</b> <b>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>	
<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	¿Ud. se ha hecho operar para no 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	Ha tenido un esposo (compañero) que 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	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 (espiral, "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 medico 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>REGLA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS</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>COLLAR DEL CICLO</b> Es un collar de colores diseñado para ayudar a la mujer a llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual, identificando los días que puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
<b>15</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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO)             <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">             → PASE A 307           </div> </div>		



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
314	¿Ud. se arrepiente (que su esposo haya sido operado) de haber sido operada para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2 → 314B	
314A	¿Por qué está arrepentida (que su esposo haya sido operado) de haber sido operada?	DESEA OTRO HIJO..... 01 COMPAÑERO DESEA OTRO HIJO..... 02 EFECTOS COLATERALES..... 03 NIÑO MURIÓ..... 04 OTRA RAZÓN: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
314 B	¿Cuánto pagó en total usted o su esposo por la esterilización, incluyendo la consulta?	COSTO..... S/. [ ][ ][ ][ ][ ] 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..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ][ ][ ]	
315A	<b>VERIFIQUE 311:</b> ELLA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> → <b>ÉL ESTERILIZADO</b> <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) la última vez?	MES..... [ ][ ] AÑO..... [ ][ ][ ][ ]	
317	<b>VERIFIQUE 311:</b> PILDORA, DIU, INYECCIÓN NORPLANT, CONDÓN, VAGINALES, PÍLORA DIA S. <input type="checkbox"/> → ABSTINENCIA, COLLAR DEL CICLO <input type="checkbox"/> → 317B 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/. [ ][ ][ ][ ] NO PAGÓ..... 995 NO SABE..... 998	
317B	<b>VERIFIQUE 311:</b> USUARIA DE ABSTINENCIA/ COLLAR DEL CICLO <input type="checkbox"/> → USUARIAS DE OTROS MÉTODOS <input type="checkbox"/> → 318		
317C	¿Cómo hace usted para saber en qué días no debe tener relaciones sexuales para no quedar embarazada?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 01 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 02 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (METODO BILLINGS)..... 03 CON BASE EN TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 04 CON BASE EN EL COLLAR DEL CICLO..... 05 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 06 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
318	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b> ANTES DE ENERO 2004 <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 2004 ENERO DEL 2004 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>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           ANTES DE ENERO 2004 <input type="checkbox"/>            ↓  <b>PASE A 320</b> </div> <div style="text-align: center;">           ENERO DEL 2004 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>            ↓  <b>CONTINUE CON 319</b> </div> </div>		
319	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE REGRESANDO HASTA ENERO DE 2004,</li> <li>- USE EL NOMBRE DE LOS HIJOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA.</li> <li>- NO DEBE QUEDAR UN MES EN BLANCO.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") y antes de quedar embarazada de (NOMBRE DE "A") ¿Usó o hizo algo para evitar salir embarazada?</li> <li>- ¿Qué fue lo que hizo? ¿Qué método utilizó?</li> <li>- Después del nacimiento de "(NOMBRE DE "B") ¿Cuándo empezó a usar dicho método de manera continua?</li> <li>- ¿Hasta cuando lo usó de manera continua, sin interrupción?</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 2:</b></p> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿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?</li> <li>- ANOTE EL CÓDIGO DE DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO.</li> <li>- EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><b>EN LA COLUMNA 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARA CADA MÉTODO USADO PREGUNTE POR LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO. ANOTE EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO EN EL <b>PRIMER MES DE USO</b>.</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Dónde obtuvo el método cuándo Ud. empezó a usarlo?</li> <li>¿Dónde le recomendaron o informaron como usar el método (ritmo, retiro, etc.)?</li> </ul>		
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 → 326 CONDÓN.FEMENINO..... 08 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09 LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)..... 10 → 328 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ..... 13 → 328 COLLAR DEL CICLO..... 14 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
321	<b>VERIFIQUE 315 Y 316:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           EMPEZÓ A USAR EN ENERO DEL 2004 O DESPUÉS             FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      Mes           Año         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            ↓  <b>321 A</b> </div> <div style="text-align: center;">           EMPEZÓ A USAR ANTES DEL 2004 <input type="checkbox"/> → 327         </div> </div>		

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 (FECHA). En ese momento, ¿dónde le prescribieron o indicaron 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>CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA ..... 18</p> <p>OTRO GOBIERNO: ..... 19</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 20</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR ..... 24</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG ..... 31</p> <p>PROMOTORES DE ONG..... 32</p> <p><b>OTRO:</b></p> <p>TIENDA/SUPERMERCADO..... 41</p> <p>IGLESIA..... 42</p> <p>AMIGOS/PARENTES..... 43</p> <p>NADIE/SE AUTOMEDICÓ..... 95</p> <p><b>OTRO:</b> ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
322	Usted obtuvo (MÉTODO ACTUAL) 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 momento Ud. fue informada por un trabajador o promotor de salud acerca de 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"/> 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>↓</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 → 325E</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO TENÍA PREFERENCIA..... 3</p> <p>NO QUERÍA USAR MÉTODO..... 4 → 325C</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>COLLAR DEL CICLO..... 14</p> <p>OTRO: ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
325BB	¿Qué problemas tuvo para conseguir el método que quería usar?	NO HABIA MÉTODO EN ESTAB. SALUD..... A MUY COSTOSO..... B OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																													
325C	¿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)																																																													
325D	¿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																																																													
325E	<b>VERIFIQUE 312 Ó 321A:</b> 312= CUALQUIER CÓDIGO O <input type="checkbox"/> 321A= OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> → 326 321A=ALGÚN CÓDIGO EN SEGUNDA COLUMNA																																																														
325F	Por favor, ahora necesito saber su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron o indicaron (MÉTODO) la última vez. 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 → 330 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 → 327B INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 → 327B CONDÓN..... 07 CONDÓN.FEMENINO..... 08 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (VAGINALES)..... 09																																																													



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
327	¿Dónde obtuvo usted (METODO), la última vez?  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 PUESTO DE SALUD MINSA..... 12 PROMOTOR DE SALUD MINSA..... 13 HOSPITAL ESSALUD ..... 14 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 15 CAMPAÑA/ FERIA / JORNADA ..... 18 OTRO GOBIERNO:..... 19 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... 24  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG ..... 31 PROMOTORES DE ONG..... 32  <b>OTRO:</b> TIENDA/SUPERMERCADO..... 41 IGLESIA..... 42 AMIGOS/PARIENTES..... 43  <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
327A	PASE A _____		330
327B	¿Ud. ha ido a consulta de control del (DIU/Norplant)?	SI..... 1 NO..... 2	330
327C	¿Cuántos controles se ha hecho en los últimos 12 meses?, es decir desde ..... ( MES, AÑO ) hasta la fecha.	NÚMERO DE CONTROLES.....	330
327D	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<b>NO EN UNIÓN</b> ..... 11  <b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</b> NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPAUSIA..... 23 HISTERECTOMÍA..... 24 INFERTILIDAD/SUBFECUNDIDAD..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MÁS HIJOS..... 27 EMBARAZADA..... 28  <b>OPOSICIÓN A USAR</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42  <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b> PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54  <b>RAZONES DE ACCESO/COSTO</b> FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62  OTRA: ..... 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... 98	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	¿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 MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C PROMOTOR DE SALUD MINSA ..... D HOSPITAL DE ESSALUD..... E POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F OTRO GOBIERNO: ..... G (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H FARMACIA / BOTICA ..... I CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... J OTRO PRIVADO: ..... K (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... L PROMOTORES DE ONG ..... M  <b>OTRO:</b> TIENDA / SUPERMERCADO..... N IGLESIA..... O AMIGOS / PARIENTES..... P  <b>OTRO:</b> ..... X (ESPECIFIQUE)	
330	¿En los últimos 12 meses 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 2004 <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DEL 2004 <input type="checkbox"/> → <b>PASE A 485</b>			
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2004 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 2004. 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="text"/> (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 421) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 421) ←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 421) ← ESPERAR MÁS ..... 2 <input type="text"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 421) ←
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 SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y <input type="checkbox"/> (PASE A 415) ←		
407A	¿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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULT. MÉDICO PART..... H CASA DE PARTERA..... I  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
409	¿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"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____																								
410	<b>VERIFIQUE 409:</b> NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	<div> <div>UNA VEZ <input type="checkbox"/></div> <div>MÁS DE UNA VEZ O NS <input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>(PASE A 412)</div> <div>↓</div> </div>																										
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																										
412	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 del VIH/SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>PESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS BEBÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA VIH/SIDA.....</td> <td>1</td> <td>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 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 VIH/SIDA.....	1	2																										
412 A	<b>VERIFIQUE: 412 (d.), 412 (e.), 412 (g.)</b> <b>CIRCULÓ "SI", EN:</b> 412 (d.), 412 (e.) y/o 412 (g.) <div> <div>↓</div> <div>OTRAS RESPUESTAS → 413</div> </div>																											
412 B	<b>EN 412 (d) CIRCULO</b> Si No → 412 C ↓ ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el 1er 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																										
412 C	<b>EN 412 (e) CIRCULO</b> Si No → 412 D ↓ ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el 1er 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																										
412 D	<b>EN 412 (g) CIRCULO</b> Si No → 413 ↓ ¿En cuál de los Controles Prenatales le realizaron el 1er Examen del VIH/SIDA?	PRIMER C.P.N..... 1 SEGUNDO C.P.N..... 2 TERCERO U OTRO C.P.N..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 98																										
413	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 415) ←																										
414	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																										
415	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 415C) ←																										
415A	Durante el embarazo de ( NOMBRE ) ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?.	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																										
415B	<b>VERIFIQUE 415A:</b> NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA	<div> <div>2 Ó MAS DOSIS <input type="checkbox"/></div> <div>OTRO <input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>(PASE A 416)</div> <div>↓</div> </div>																										
415C	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 416) ←																										

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
415D	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		
415DA	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 AÑO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 416) ← NO SABE..... 9998		
415E	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"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
416	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 418) ←		
416A	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?	NÚMERO DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998 NRO. DE INYECCIONES.. <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
418	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿Tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8		
419	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿tuvo usted dificultad con su visión durante el día?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8		
420	Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿usted sufrió de ceguera nocturna?	SI..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 8		
421	¿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 421B) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 421B) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 421B) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 421B) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO..... 11 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 (PASE A 421B) ← ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 (PASE A 421B) ← POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 26 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)
421A	¿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 14 SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS 15 TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA 16 ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE 17 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 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 422) ←	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO 14 SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS 15 TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA 16 ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE 17 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 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 422) ←	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD 11 QUEDABA MUY LEJOS..... 12 NO HABÍA PERSONAL..... 13 ESTABA AFILIADA A OTRO 14 SERVICIO DE SALUD..... 14 PERSONAL DABA MALOS 15 TRATOS..... 15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA 16 ATENCIÓN..... 16 ESPOSO/FAMILIAR SE 17 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 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 422) ←

	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
421B	¿Cuánto tiempo después de estar allí dio 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
422	(NOMBRE) ¿nacido por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
423	¿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 SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
423A	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?	SI NO LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE CON SANGRADO..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 OTRA: ..... 1 2 (ESPECIFIQUE)		
424A	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
424B	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 424D) ←
424C	¿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
424D	¿El nacimiento de (NOMBRE) fué inscrito en la Municipalidad / Oficina Registral de RENIEC?  SI RESPONDE "SI" SOLICITE PARTIDA DE NACIMIENTO.	SI y muestra partida de nacimiento..... 1 SI y no muestra partida de nacimiento..... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 424E) ←	SI y muestra partida de nacimiento..... 1 SI y no muestra partida de nacimiento..... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 425B) ←	SI y muestra partida de nacimiento..... 1 SI y no muestra partida de nacimiento..... 2 NO ..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 425B) ←
424F	VERIFIQUE SI LA PARTIDA TIENE CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIDAD ( CUI ) Y REGÍSTRELO	SI TIENE Nº CUI..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO TIENE..... 2	TIENE Nº CUI..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO TIENE..... 2	TIENE Nº CUI..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO TIENE..... 2
424E	VERIFIQUE 421:  ¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	CÓDIGOS 11, 33 Y 96 <input type="checkbox"/> → (PASE A 425A) OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>		
425	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		
425A	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil?	SI..... 1 NO..... 2		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
425B	¿(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 426) ←	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 427) ←	SI Y MUESTRA LA FICHA..... 1 SI, PERO NO MUESTRA LA FICHA..... 2 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 3 NO SABE..... 8 (PASE A 427) ←
425C	<b>REGISTRE EL CÓDIGO Y FECHA DE AFILIACIÓN</b>	<b>CÓDIGO DE AFILIACIÓN</b> <input type="text"/>  Día Mes Año <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"/>  Día Mes Año <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"/>  Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
426	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?	SI NO  SANGRADO INTENSO..... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1 2 INFECCIÓN DE LOS SENOS... 1 2 DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA DE ORINA..... 1 2		
426A	VERIFIQUE 426:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 427)		
426B	Cuando tuvo esa complicación (esas complicaciones) ¿Recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2		
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 429) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 429) ←
427A	¿A las cuántas <b>horas</b> , 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		
427B	¿Quién le hizo el control?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 SANITARIO..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
427C	¿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 <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA..... 33 <b>OTRO:</b> _____ 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 _____		
427D	En los primeros dos meses después de haber dado a luz a (NOMBRE) ¿Usted recibió una dosis de vitamina A?	SI..... 1 NO..... 2				
427E	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 428) ←				
427F	¿A las cuántas <b>horas</b> , 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				
427G	¿Quién le hizo el control?  SI DA MÁS DE UNA RESPUESTA, CIRCULE EL MÁS CALIFICADO	MÉDICO..... 11 OBSTETRIZ..... 12 ENFERMERA..... 13 SANITARIO..... 14 PROMOTOR DE SALUD..... 15 COMADRONA/PARTERA..... 21 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)				
427H	¿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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART..... 32 CASA DE PARTERA..... 33 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)				
428	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 430) ← NO..... 2 (PASE A 431) ←				
429	¿Le volvió su regla (el período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?				SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←
430	¿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
431	<b>VERIFIQUE 226:</b>  ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	226=2 EMBARAZADA NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASE A 433)				
432	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 434) ←				



	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	¿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
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"/>
436A	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) ←
436B	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 DEXTRISA 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 DEXTRISA 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 DEXTRISA GLUCOSADA..... C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)
436C	¿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 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?  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

	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 _____
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 TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 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 TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 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 TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 EDAD DE DESTETE..... 09 QUEDÓ EMBARAZADA..... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna antes del nacimiento 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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART... 32 CASA DE PARTERA..... 33  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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA..... 33  OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
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"/> ↓ PASE A 446 NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 446 NACIMIENTOS PASE A 451)
443A	<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"/>		

	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 _____
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?  Si, cuántas veces?	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 (PASE A 449) ← NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 (PASE A 449) ← NO SABE..... 98	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO COME..... 00 (PASE A 449) ← 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 DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2004 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</b>  <b>ORDEN EN 212</b>	ÚLTIMO NACIDO VIVO  NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO  NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO  NÚMERO DE ORDEN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
453	DE 212, ANOTE EL NOMBRE  DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">                 (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)             </div>	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">                 (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)             </div>	NOMBRE _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>VIVO</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>MUERTO</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">                 (PASE A 453 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS <b>PASE A 484</b>)             </div>
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)    ←	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 456)    ←
		SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 458)    ←	SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 458)    ←	SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 458)    ←
		SIN TARJETA..... 3	SIN TARJETA..... 3	SIN TARJETA..... 3
455	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458)    ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458)    ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458)    ←

**ENTREVISTADORA: DE CONTAR CON LA TARJETA DE VACUNACION, TRANSCRIBA LA INFORMACION AL FINAL DE LA ENTREVISTA.**

456	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
		NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE
1) AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA.							
2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA							
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
BCG	BCG				BCG		
POLIO 0 (Recién nacido)	P 0				P 0		
POLIO 1	P 1				P 1		
POLIO 2	P 2				P 2		
POLIO 3	P 3				P 3		
DPT 1	D 1				D 1		
DPT 2	D 2				D 2		
DPT 3	D 3				D 3		
DPT 4 (Refuerzo)	D 4				D 4		
ANTIHEPATITIS B 0 (Recién nacido)	HvB0				HvB0		
ANTIHEPATITIS B 1	HvB1				HvB1		
ANTIHEPATITIS B 2	HvB2				HvB2		
ANTIHEPATITIS B 3	HvB3				HvB3		
ANTIHAEMOPHILUS 1	Hib1				Hib1		
ANTIHAEMOPHILUS 2	Hib2				Hib2		
ANTIHAEMOPHILUS 3	Hib3				Hib3		
PENTAVALENTE 1	Pe 1				Pe 1		
PENTAVALENTE 2	Pe 2				Pe 2		
PENTAVALENTE 3	Pe 3				Pe 3		
TETRAVALENTE	T				T		
ANTIAMARILICA	Amar				Amar		
ANTISARAMPIONOSA	S				S		
SPR 1	SPR				SPR		
SPR 2 (Refuerzo)	SPR				SPR		
SR	SR				SR		
NEUMOCOCO 1	Neu 1				Neu 1		
NEUMOCOCO 2	Neu 2				Neu 2		
NEUMOCOCO 3	Neu 3				Neu 3		
ROTAVIRUS 1	Rot 1				Rot 1		
ROTAVIRUS 2	Rot 2				Rot 2		
INFLUENZA 1	Inf 1				Inf 1		
INFLUENZA 2	Inf 2				Inf 2		
HEXAVALENTE 1	He 1				He 1		
HEXAVALENTE 2	He 2				He 2		
HEXAVALENTE 3	He 3				He 3		
VITAMINA "A" 1	VA 1				VA 1		
VITAMINA "A" 2	VA 2				VA 2		
VITAMINA "A" 3	VA 3				VA 3		

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
457	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en este carné, incluyendo vacunas recibidas en Jornadas Nacionales o barridos de vacunación?  MARQUE "SI" SÓLO SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, ANTIHEPATITIS B0-B3, POLIO 0-3, DPT 1-3, ANTIHAEMOPHILUS 1-3, ANTIAMARÍLICA, SARAMPIÓN, SPR, VITAMINA "A", PENTAVALENTE, TETRAVALENTE.	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 Jornada Nacional o barrio de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465C) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465C) ←
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 derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
459A	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la HEPATITIS B, que es una inyección que se pone en la nalga o muslo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 460) ←
459B	¿En qué momento recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la Hepatitis B cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2
459C	¿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
460	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	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) ←
460A	¿En qué momento recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO, cuando nació o más adelante?	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2	CUANDO NACIÓ ..... 1 MÁS ADELANTE..... 2
460B	¿Cuántas veces le dieron 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
462	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna DPT, que es una inyección que se pone en la nalga o muslo cada vez que le dan las gotitas contra la polio?	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 ANTIHAEMOPHILUS, que es para evitar el virus causante de la neumonía y meningitis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462F) ←
462C	¿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
462F	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna ANTIAMARÍLICA que es una inyección que se pone en el hombro 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
462G	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTA - VALENTE, que es para evitar la DIFTERIA, TOS CONVULSIVA, TÉTANOS, HEPATITIS B y HAEMOPHILUS INFLUENZAE?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462I) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462I) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462I) ←

	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 _____
462H	¿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
462I	¿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, RUBÉOLA, PAPERAS que es una inyección que se pone en la parte superior del brazo?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
464	¿Algunas de las vacunas que recibió (NOMBRE) fueron parte de alguna Jornada Nacional o barrido de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 465A) ←
465	¿En qué Jornada Nacional o barrido de Vacunación recibió (NOMBRE) esa(s) vacuna(s)?  ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE	JORNADA / BARRIDO 2006..... A JORNADA / BARRIDO 2007..... B JORNADA / BARRIDO 2008..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2006..... A JORNADA / BARRIDO 2007..... B JORNADA / BARRIDO 2008..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	JORNADA / BARRIDO 2006..... A JORNADA / BARRIDO 2007..... B JORNADA / BARRIDO 2008..... C OTRA..... X (ESPECIFIQUE)
465A	<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" (PASE A 465C) ↓	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE ↓ FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" (PASE A 465C) ↓	NO TIENE TARJETA/ NO APARECE FECHA DE DOSIS MÁS RECIENTE ↓ FECHA MÁS RECIENTE PARA VITAMINA "A" (PASE A 465C) ↓
465B	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) ←
465C	¿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) ←
465CA	¿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
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 SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	MÉDICO..... A OBSTETRIZ..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E OTRO:..... X (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 _____
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  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32  <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32  <b>OTRO:</b> _____ 96 (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL: MINSA..... 21 ESSALUD..... 22 FF.AA. Y PNP..... 23 CENTRO SALUD MINSA..... 24 PUESTO SALUD MINSA..... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... 26  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... 31 CONSULT. MÉDICO PARTIC..... 32  <b>OTRO:</b> _____ 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"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	Nº DE VECES..... <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	1) PASE A 467 Y AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIE DEL CARNÉ LAS FECHAS DE CADA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO AL 1er AÑO DE EDAD. LUEGO, FORMULE 466F 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA			
	<b>NACIMIENTO</b> PESO TALLA	DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gr. T 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gr. T 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gr. T 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 1</b> PESO 1 TALLA 1	C 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 2</b> PESO 2 TALLA 2	C 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 3</b> PESO 3 TALLA 3	C 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 4</b> PESO 4 TALLA 4	C 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 5</b> PESO 5 TALLA 5	C 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 6</b> PESO 6 TALLA 6	C 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 7</b> PESO 7 TALLA 7	C 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 8</b> PESO 8 TALLA 8	C 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 8 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.
	<b>CONTROL 9</b> PESO 9 TALLA 9	C 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.	C 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg. T 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm.



	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
466F	<b>VERIFIQUE 466D, 466E Y FECHA DE NACIMIENTO</b>	TIENE TARJETA Y ES < 36 MESES <input type="checkbox"/> TIENE TARJETA Y ES > 36 MESES <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA <input type="checkbox"/> PASE 467	TIENE TARJETA Y ES < 36 MESES <input type="checkbox"/> TIENE TARJETA Y ES > 36 MESES <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA <input type="checkbox"/> PASE 467	TIENE TARJETA Y ES < 36 MESES <input type="checkbox"/> TIENE TARJETA Y ES > 36 MESES <input type="checkbox"/> NO TIENE TARJETA <input type="checkbox"/> PASE 467
466G	En alguno de los Controles de Crecimiento y Desarrollo antes registrados y 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)?	SI NO NO RE-CUERDA 1 2 8 1 2 8 1 2 8	SI NO NO RE-CUERDA 1 2 8 1 2 8 1 2 8	SI NO NO RE-CUERDA 1 2 8 1 2 8 1 2 8
467	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
468	¿(NOMBRE) ha tenido tos en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A)
469	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 469A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469A)
469AA	¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupida?	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
469A	<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 473)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 473)	"SI" EN 467 O EN 468 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 473)
469B	¿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
469C	¿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
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472A)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
471	¿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 <input type="text"/>  ¿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 MINS ..... D PUESTO DE SALUD MINS ..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD ..... F PROMOTOR DE SALUD ..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC ..... I BOTIQUÍN POPULAR ..... J FARMACIA/BOTICA ..... K FAMILIAR/AMIGO ..... L CURANDERO ..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINS ..... A ESSALUD ..... B FF.AA. Y PNP ..... C CENTRO DE SALUD MINS ..... D PUESTO DE SALUD MINS ..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD ..... F PROMOTOR DE SALUD ..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC ..... I BOTIQUÍN POPULAR ..... J FARMACIA/BOTICA ..... K FAMILIAR/AMIGO ..... L CURANDERO ..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINS ..... A ESSALUD ..... B FF.AA. Y PNP ..... C CENTRO DE SALUD MINS ..... D PUESTO DE SALUD MINS ..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD ..... F PROMOTOR DE SALUD ..... G <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... H CONSULT. MÉDICO PARTIC ..... I BOTIQUÍN POPULAR ..... J FARMACIA/BOTICA ..... K FAMILIAR/AMIGO ..... L CURANDERO ..... M OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE)
471A	VERIFIQUE 471 :	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)	2 O MAS CÓDIGOS <input type="text"/> UN CÓDIGO <input type="text"/> (PASE A 471C)
471B	¿Dónde buscó primero consejo o tratamiento?  ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 471	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR ..... <input type="text"/>
471C	¿Cuántos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)? SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".	Nº DE DIAS ..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS ..... <input type="text"/>	Nº DE DIAS ..... <input type="text"/>
471D	VERIFIQUE 471:	CÓDIGOS OTROS CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> (PASE A 472B)	CÓDIGOS OTROS CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> (PASE A 472B)	CÓDIGOS OTROS CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="text"/> (PASE A 472B)
472	¿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)
472A	¿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)
472B	¿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
472C	¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 473) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 473) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 473) ←
472D	¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos?  ¿Algo más?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	ANTIISTAMÍNICO ..... A ANTIBIÓTICOS ..... B ANTIMALÁRICOS ..... C JARABE PARA LA TOS ..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 473) ←	ANTIISTAMÍNICO ..... A ANTIBIÓTICO ..... B ANTIMALÁRICOS ..... C JARABE PARA LA TOS ..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 473) ←	ANTIISTAMÍNICO ..... A ANTIBIÓTICO ..... B ANTIMALÁRICOS ..... C JARABE PARA LA TOS ..... D ANALGÉSICO/ANTINFLAMATORIO ..... E REMEDIOS CASEROS ..... F OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z (PASE A 473) ←

	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 _____																																																												
472E	<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																																																												
473	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482BC) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482BC) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 482BC) ←																																																												
474	<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"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </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"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </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"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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> </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																																																													
475	En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (caquita) tuvo (NOMBRE)?	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																																																												
475A	¿Había sangre en las deposiciones (caquita) de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																																												
476	<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																																																												
477	<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																																																												
478	<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"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO... 1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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.. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	FRUTIFLEX/EL.....	1	2	8	SUERO CASERO.. 1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <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... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </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																																																														
479	¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea (distinto a este líquido)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←																																																												
480	<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 <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE <input type="text"/>
480A	<b>VERIFIQUE 480</b>	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RESPTA Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 481	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RESPTA Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 481	CIRCULÓ "A" <input type="checkbox"/> CIRCULÓ OTRA RESPTA Y NO "A" <input type="checkbox"/> PASE A 481
480B	¿Cuántas veces recibió pastillas de zinc?	Nº DE VECES <input type="text"/>	Nº DE VECES <input type="text"/>	Nº DE VECES <input type="text"/>
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento para tratar la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 482B) ←
482	¿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  <input type="text"/> 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 PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTROS DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FF.AA. Y PNP..... C CENTROS DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD..... F PROMOTOR DE SALUD..... G  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULT. MÉDIC. PARTIC..... I  BOTIQUÍN POPULAR..... J FARMACIA/BOTICA..... K FAMILIAR/AMIGO..... L CURANDERO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)
482AA	<b>VERIFIQUE 482:</b>	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 482AC)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 482AC)	2 O MÁS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> UN CÓDIGO <input type="checkbox"/> (PASE A 482AC)
482AB	¿Dónde buscó usted primero consejo o tratamiento?  <b>ANOTE CÓDIGO REGISTRADO EN 482</b>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>	PRIMER LUGAR..... <input type="text"/>
482AC	¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?  <b>SI ES EL MISMO DÍA REGISTRE "00".</b>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>	Nº DE DÍAS..... <input type="text"/>
482AD	<b>VERIFIQUE 482:</b>	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 482BB)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 482BB)	CÓDIGOS SEGUNDA COLUMNA <input type="checkbox"/> OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> (PASE A 482BB)
482A	¿Por qué no acudió (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)
482B	¿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 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 _____																																																																																																																																																																																										
482BB	¿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																																																																																																																																																																																										
482BC	VERIFIQUE 467, 468 Y 473	"SI" EN 467 o 468 o EN 473 <input type="checkbox"/> "NO" EN 467, 468 Y EN 473 <input type="checkbox"/> (PASE A 482C)	"SI" EN 467 o 468 o EN 473 <input type="checkbox"/> "NO" EN 467, 468 Y EN 473 <input type="checkbox"/> (PASE A 482C)	"SI" EN 467 o 468 o EN 473 <input type="checkbox"/> "NO" EN 467, 468 Y EN 473 <input type="checkbox"/> (PASE A 482C)																																																																																																																																																																																										
482BD	¿(NOMBRE) tuvo deposiciones líquidas y/o semilíquidas el día de ayer?  SI DICE "NO" ANOTE "0" EN Nº 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 SI        =        1 NO        =        2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nº 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></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-2</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-3</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-4</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-5</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-6</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-7</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> </tbody> </table>	Nº Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nº 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></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-2</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-3</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-4</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-5</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-6</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-7</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> </tbody> </table>	Nº Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nº 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></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-2</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-3</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-4</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-5</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-6</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>-7</td><td></td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td><td>1 2</td></tr> </tbody> </table>	Nº Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp		SI	NO	SI	NO	SI	NO	-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
Nº Depo- sicio- nes	Sangre			Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																								
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
Nº Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
Nº Depo- sicio- nes	Sangre		Tos		Dif. Resp																																																																																																																																																																																									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																								
-1		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-2		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-3		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-4		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-5		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-6		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
-7		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2																																																																																																																																																																																								
482C	En los últimos 12 meses ¿(NOMBRE) ha recibido algún tratamiento para las lombrices o los gusanos intestinales?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																																																																										
483		REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484	REGRESE A 453 EN LA PRÓXIMA COLUMNA; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 484																																																																																																																																																																																										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
484	<b>VERIFIQUE 478 (a) Y 478 (b), PARA TODOS LOS NIÑOS:</b> "SI" EN 478 (a) O EN 478 (b) <input type="checkbox"/> → 486 OTRAS RESPUESTAS O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/>		
485	¿Ha oído hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o del Frutiflex que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
486	<b>VERIFIQUE 215 Y 218 PARA TODAS LAS FILAS:</b> NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2004 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA: UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> → 491		
487	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 DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... E SI HACE DEPOSICIONES CON SANGRE..... F SI COME O BEBE POCO..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
488	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	
489	¿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 QUEMA EN EL PATIO..... 04 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 05 LO BOTA EN LA BASURA..... 06 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
490	¿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 <b>PASE A 491</b>	
490A	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	
491	¿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 → 492	
491A	¿Le hicieron una prueba de papanicolaou en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
492	¿Le hicieron un examen de mama en los últimos cinco años?	SI..... 1 NO..... 2	
492A	¿Ud. conoce cómo se hace el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2 → 493	
492B	¿Ud. misma se realiza el examen de mama?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
493	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 o no es 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. ¿No querer 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?	<b>GRAN PROBLEMA</b> DONDE IR..... 1 CONSEGUIR PERMISO..... 1 CONSEGUIR DINERO..... 1 LEJANÍA DE SERVICIOS..... 1 CONSEGUIR TRANSPORTE..... 1 NO QUERER IR SOLA..... 1 NO PERSONAL FEMENINO..... 1 NO PERSONAL DE SALUD..... 1 NO HAY MEDICAMENTOS..... 1	<b>NO ES PROBLEMA</b> 2 2 2 2 2 2 2 2	
493A	¿Usted actualmente fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2		→ 493C
493B	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó usted?	Nº DE CIGARRILLOS.....		
493C	¿Conoce o ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis ó TBC?	SI..... 1 NO..... 2		→ 493H
493D	¿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		
493E	¿Puede curarse la tuberculosis?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
493F	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		
493G	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		
493H	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 NO SABE..... 8		→ 494
493 I	¿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)		
493J	Normalmente ¿Con qué se lava las manos?  ¿Con algo más?	AGUA DE CAÑO O GRIFO..... A JABÓN..... B DETERGENTE..... C TOALLA..... D OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																				
494	<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="text"/> NINGUNO <input type="text"/> → 500 REGISTRE EL NOMBRE DEL MENOR DE ESTOS NIÑOS QUE ESTÉ VIVIENDO CON ELLA. CONTINÚE CON 495 _____ (NOMBRE)																																																																						
495	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																																																																				
496	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, paltas, 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, paltas, 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, paltas, 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																																																																				
496A	¿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	→ 497																																																																				
496B	¿Cuántas bolsas de papilla le queda? SI RESPONDE NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE BOLSAS DE PAPILLA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																					
496C	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"/> <input type="text"/> NO COMIÓ ..... 00 NO SABE ..... 98																																																																					
497	<b>VERIFIQUE 495 Y 496 SI NO RECIBIÓ NI LÍQUIDOS NI SÓLIDOS:</b> 495 Y 496 = 2 NINGÚN "SI" <input type="text"/> AL MENOS UN "SI" O "NO SABE" <input type="text"/> → 499																																																																						
498	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 495 Y 496 Y CORRIJA.	SI ..... 1 NO ..... 2	→ 500																																																																				
499	¿Generalmente quién le da de comer a (NOMBRE)?	ENTREVISTADA ..... 01 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 02 HIJAS/HIJOS MAYORES ..... 03 OTROS PARIENTES ..... 04 VECINAS/VECINOS ..... 05 OTROS NO PARIENTES ..... 06 EMPLEADA DOMÉSTICA ..... 07 NADIE/COME SOLO ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																																					



## SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">SI      NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1      2 ESPOSO / MARIDO..... 1      2 OTROS HOMBRES..... 1      2 OTRAS MUJERES..... 1      2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIENDO..... 2 <input type="checkbox"/> → 506 NO, NO EN UNIÓN..... 3	
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 <input type="checkbox"/> SÍ, CONVIVIÓ ..... 2 <input type="checkbox"/> → 505 NO..... 3	
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL <b>CALENDARIO</b> EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DEL 2004		
504	PASE A _____ → 512		
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 <input type="checkbox"/> SEPARADA..... 2 <input type="checkbox"/> → 508 DIVORCIADA..... 3 <input type="checkbox"/>	
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 type="text"/> <input type="text"/>	
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 → 509 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
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 ..... 8 CONDUCTA CORRUPTA DE ÉL..... 9 CONDUCTA CORRUPTA DE ELLA..... 10 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
509	<b>VERIFIQUE 508:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>              ↓              ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/ compañero?           </div> <div style="text-align: center;">             CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/>              ↓              ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero?           </div> </div>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 511 NO SABE EL AÑO..... 9998	
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DEL 2004. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DEL 2004.</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"/></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"/></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"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <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 ¿Usted 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="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 516E) ←	15-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (PASE A 516E) ←	15-24 AÑOS <input type="text"/> 25-49 AÑOS <input type="text"/> (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 otros hombres diferentes a su compañero habitual 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	<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>¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL DEL MINSA ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD MINSA ..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD MINSA ..... C</p> <p>PROMOTOR DE SALUD DEL MINSA ..... D</p> <p>HOSPITAL DE ESSALUD ..... E</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... F</p> <p>OTRO GOBIERNO: _____ G (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... H</p> <p>FARMACIA/BOTICA..... I</p> <p>CONSULT. MÉDICO PARTIC..... J</p> <p>OTRO PRIVADO: _____ K (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b></p> <p>CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN</p> <p>FAMILIAR DE ONG..... L</p> <p>PROMOTOR DE ONG ..... M</p> <p><b>OTRO:</b></p> <p>TIENDA / SUPERMERCADO..... N</p> <p>IGLESIA..... O</p> <p>AMIGOS / PARIENTES..... P</p> <p><b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
524	Si Ud. quisiera, ¿Usted misma podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

## SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	<b>VERIFIQUE 311:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     NINGUNO ESTERILIZADO O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> </div> </div>		614
602	<b>VERIFIQUE 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>226=2, 8</b>                      NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>                      ↓                      Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>226=1</b>                      EMBARAZADA <input type="checkbox"/>                      ↓                      Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del nacimiento del hijo que está esperan- do ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?                 </div> </div>	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS / NINGUNO..... 2 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.... 3 → 614 INDECISA/NO SABE/ INSEGURA PARA NO EMBARAZADAS/INSEGURA.. 4 → 608 PARA EMBARAZADAS..... 5 → 610	
603	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 602 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>                      ↓                      ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de un (otro) hijo?                 </div> <div style="text-align: center;">                     EMBARAZADA <input type="checkbox"/>                      ↓                      ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?                 </div> </div>	MESES..... 1 <input style="width: 40px;" type="text"/>  AÑOS..... 2 <input style="width: 40px;" type="text"/>  PRONTO / AHORA..... 993 → 609 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: ..... 996 → 609 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	
604	<b>VERIFIQUE CASILLAS EN 602:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     EMBARAZADA <input type="checkbox"/> </div> </div>		610
605	<b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>310=1</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                     NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>310=2</b> </div> </div>		608
606	<b>VERIFIQUE 603:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                     2 AÑOS O MÁS O NO SE PREGUNTÓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>		610

607

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</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</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/DEMA- SIADO 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 EM- BARAZADA/NO TIENE REL. SEX... 4</p>	
609	<p><b>VERIFIQUE 310: ESTÁ USANDO MÉTODO?:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>USA ACTUALMENTE</p> <p>310=1</p> <p>NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA</p> <p>310=2</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>→ 614</p> </div> </div>		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>COLLAR DEL CICLO..... 14</p> <p>OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 98</p>	→ 614

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11  <b>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</b> NO TIENE SEXO/ SEXO POCO FRECUENTE..... 22 MENOPÁUSICA/HISTEREC- TOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26  <b>OPOSICIÓN A USAR:</b> ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34  <b>FALTA DE CONOCIMIENTO:</b> NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42  <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO:</b> PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53 MUY COSTOSO..... 54  USO INCONVENIENTE..... 55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56  <b>OTRA:</b> ..... 96 (ESPECIFIQUE)  NO SABE..... 98	
612A	<b>VERIFIQUE 501:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>           NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </div> <div>           501=3  <input type="checkbox"/> </div> <div>           OTRAS <input type="checkbox"/> </div> </div>		614
613	¿Ud. usaría un método si estuviera casada o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	<b>VERIFIQUE 216:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>            ↓            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?         </div> <div style="text-align: center;">           NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/>            ↓            Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?         </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</b></p>	NINGUNO..... 00 → 616A  NÚMERO <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  OTRA RESPUESTA: ..... 96 → 616A _____ (ESPECIFIQUE)	
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres o no le importaría?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>NIÑAS</b>            NÚMERO..... <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div> <b>NIÑOS</b>  <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div> <b>CUALQUIERA</b>  <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </div> </div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
616 A	En los últimos 12 meses 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> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </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?	SI..... 1 NO..... 2	619																				
618	Con quién ha comentado?  Con alguien más?  CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	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 (ESPECIFIQUE)																					
619	<b>VERIFIQUE 501:</b> SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> 501=2 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3		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"/> 311=B,G,L		620																				
619B	¿Su esposo /compañero sabe que Usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	621																				
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 o (compañero) o los dos decidieron juntos?	ENTREVISTADA PRINCIPALMENTE..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO PRINCIPALMENTE..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: ..... 6 (ESPECIFIQUE)																					
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?	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?	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.?	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> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </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	<b>VERIFIQUE 501, 502 Y 505:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA/O CONVIVIENTE   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 501=1,2 ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 505=1,2,3 ↓ </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> → 703 </div> <div style="width: 45%;"> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN   <input type="checkbox"/> → 707 </div> </div>	
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"	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>CIRCULE</b>  NIVEL AÑO  INICIAL/PRE-ESCOLAR..... 0 <input type="checkbox"/>  PRIMARIA..... 1 <input type="checkbox"/>  SECUNDARIA..... 2 <input type="checkbox"/>  SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3 <input type="checkbox"/>  SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4 <input type="checkbox"/>  POST GRADO..... 5 <input type="checkbox"/>  NO SABE..... 998 </div> <div style="width: 45%;"> <b>ANOTE</b>  GRADO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div>	
706	<b>VERIFIQUE 701:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA   <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? </div> <div style="width: 45%;"> ¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente? </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
707	¿Además del trabajo del hogar, la semana pasada Ud. ha realizado algún trabajo?	SI..... 1 → 710 NO..... 2	
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 → 710 NO..... 2	
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 → 710 NO..... 2	
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?	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
711	<b>VERIFIQUE 710:</b> TRABAJA/TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJÓ EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> → 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, 502 Y 505: ACTUALMENTE CASADA CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> 501 = 1, 2 SEPARADA / DIVORCIADA / VIUDA <input type="checkbox"/> 505 = 1, 2, 3 NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 502 = 3		720																																																																								
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5																																																																									
718A	¿Diría que el dinero que Usted gana (ganaba) es (era) más, menos o igual de lo que trae (traía) su esposo/compañero al hogar?	MAS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 MENOS QUE ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 IGUAL A ESPOSO/COMPAÑERO..... 3 ESPOSO/ COMPAÑERO NO TRAE..... 4 NUNCA CASADA / NUNCA EN UNIÓN..... 5 ENTREVISTADA NO TRABAJABA..... 6 NO SABE..... 8	719																																																																								
718AA	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que su esposo/compañero gana(ba)?	ENTREVISTADA ..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO ..... 2 AMBOS ..... 3 ALGUIEN MÁS ..... 4 ENTREVISTADA CON ALGUIEN MÁS..... 5 NUNCA CASADA / NUNCA EN UNIÓN..... 6																																																																									
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 colspan="2">ENTREVISTADA</th> <th colspan="2">MARIDO</th> <th colspan="2">AMBOS</th> <th colspan="2">ALGUIEN MÁS</th> <th colspan="2">ALGUIEN MÁS</th> <th colspan="2">NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	ENTREVISTADA		MARIDO		AMBOS		ALGUIEN MÁS		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	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	
ENTREVISTADA		MARIDO		AMBOS		ALGUIEN MÁS		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	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 ALGUN 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 HIJA MAYOR..... 03 HIJO MAYOR..... 04 OTROS PARIENTES..... 05 VECINOS..... 06 AMIGOS..... 07 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 08 NIÑO ESTA EN LA ESCUELA..... 09 CUIDADO WAWA-WASI..... 10 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 11 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																																																																								

## SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS I.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
801	¿Usted ha oído hablar de:  La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	<div style="text-align: right;">SI      NO</div> VIH..... 1      2 SIDA..... 1      2	
801A	<b>VERIFIQUE 801:</b> POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		817
802	¿Hay algo que una persona puede hacer para no contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803	¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen un solo compañero sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803A	¿Cree Ud. que las personas que usan condón tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803B	¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH)?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803C	¿Cree Ud. que las personas pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo comida con una persona infectada?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803D	¿Cree Ud. que las personas pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
803E	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el SIDA (VIH) por medios sobrenaturales o brujería?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
804	¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
804A	¿Cuál es ese lugar?   ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)   CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... E  OTRO GOBIERNO: _____ F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... G CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... H OTRO PRIVADO: _____ I (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... J  OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
805	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	809
806	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	
807	¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2	809
808	Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?	SI..... 1 NO..... 2	
809	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
810	¿Conoce a alguien cercano que tiene SIDA o ha muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
811	¿El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	813
812	¿Cuándo puede transmitirse el virus del SIDA de la madre al niño?  ¿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	
813	¿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	
815A	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	
815B	En caso de que una persona tenga la infección por el virus que causa el SIDA, ¿usted cree que el empleador (jefe, patrón) lo puede despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
815BA	¿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	
815C	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	
816	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	
817	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	818 C
817A	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce?  CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SÍFILIS..... A GONORREA..... B VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... C OTRO ..... W (ESPECIFIQUE) OTRO ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
818	¿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	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  PÉRDIDA DE PESO..... J IMPOTENCIA..... K PUEDE NO HABER SÍNTOMAS..... L SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... M  OTRO: ..... W (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
818A	¿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	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  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	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
818 B	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	818G																		
818 C	<b>VERIFIQUE 512:</b>  HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		819																		
818D	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que olía mal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818E	Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																			
818F	<b>VERIFIQUE 818 D = 1 ú 818 E =1</b>  HA TENIDO FLUJO O LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO FLUJO NI LLAGA GENITAL <input type="checkbox"/>		818H																		
818G	La última vez que usted tuvo ese problema hizo algo de lo siguiente:  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?	<table border="0"> <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																			
818G1	<b>VERIFIQUE 818 G:</b> CONSEJO O TRATAMIENTO DE UN MÉDICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		818H																		
818GG	¿A dónde acudió Usted?  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  _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)  CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	<b>SECTOR GOBIERNO</b> HOSPITAL MINSA ..... A CENTRO DE SALUD MINSA ..... B PUESTO DE SALUD MINSA ..... C HOSPITAL DE ESSALUD..... D POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... E OTRO GOBIERNO: _____ F (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PARTICULAR ..... G CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR ..... H OTRO PRIVADO: _____ I (ESPECIFIQUE)  <b>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</b> CLÍNICA/ POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... J <b>OTRO:</b> _____ X (ESPECIFIQUE)																			
818H	A algunas personas les ofrecen dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales. ¿Usted se ha encontrado en esa situación en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	819																		
818I	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	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas a su salud. ¿Le han aplicado alguna inyección en los últimos 3 meses?  SI RESPONDE SI: ¿Cuántas inyecciones le pusieron?  SI LE PUSIERON MAS DE 90 INYECCIONES O DIARIAMENTE POR 3 MESES, REGISTRE 90  SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE Y ESTIME	NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/>  NINGUNO ..... 00	823																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
820	<p>De estas inyecciones, ¿Cuántas fueron aplicadas por un doctor, una enfermera, un farmacéutico, un dentista u otro trabajador de la salud?</p> <p>SI LE PUSIERON MAS DE 90 INYECCIONES O DIARIAMENTE POR 3 MESES, REGISTRE 90 SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE Y ESTIME</p>	<p>NÚMERO DE INYECCIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NINGUNO ..... 00 →</p>	822
821	<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..... 14</p> <p>POLICLÍNICO/ CENTRO/ POSTA ESSALUD..... 15</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 PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG..... 31</p> <p><b>OTRO:</b> ..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
822	¿La persona que le puso la inyección utilizó una jeringa y aguja nueva?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
823	¿Tiene usted seguro de salud?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 →</p>	901
824	<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 aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron .  Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su mamá?	NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>							
902	<b>VERIFIQUE 901:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             DOS O MÁS HIJOS(AS) <input style="width: 30px;" type="text"/>              ↓           </div> <div style="text-align: center;">             SÓLO UN HIJO (A) (LA ENTREVISTADA) <input style="width: 30px;" type="text"/>              → <b>PASE A 916</b> </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;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>							
904	¿Cuál es el nombre de su hermano(a) mayor y el nombre de quienes le siguen?	(1)  (NOMBRE)	(2)  (NOMBRE)	(3)  (NOMBRE)	(4)  (NOMBRE)	(5)  (NOMBRE)	(6)  (NOMBRE)	(7)  (NOMBRE)	
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (2) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (3) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (4) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (5) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (6) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (7) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ←  NS ..... 8 PASE A (8) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	
907	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 916	
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input style="width: 30px;" type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (2)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (3)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (4)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (5)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (6)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (7)	<input style="width: 30px;" type="text"/>  SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (8)	
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo?	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	
913	¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto?	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	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	
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (2) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (3) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (4) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (5) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (6) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (7) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input style="width: 30px;" type="text"/> PASE A (8) SI NO HAY MÁS PASE A 916	
916	Verifique en la Portada del Cuestionario Individual si la mujer está seleccionada para aplicarle la sección de Violencia Doméstica SELECCIONADA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA <input style="width: 30px;" type="text"/> → <b>PASE A 1000</b> NO SELECCIONADA <input style="width: 30px;" type="text"/> → <b>PASE A 1028</b>								

904	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
905	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	HOMBRE .. 1 MUJER ..... 2	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 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (10) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (11) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (12) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (13) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (14) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A (15) ← SI NO HAY MÁS PASE A 916	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 908) ← NS ..... 8 PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
907	<input type="text"/> PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 916	PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY MÁS
908	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998	<input type="text"/> (PASE A 910) NS ..... 9998
909	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (9)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (10)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (11)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (12)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (13)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (14)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE PASE A (15)	<input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, U HOMBRE (FINALICE)
911	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 914) ← NO ..... 2
912	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
913	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 915) ← NO ..... 2
914	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
915	<input type="text"/> PASE A (9) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (10) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (11) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (12) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (13) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (14) SI NO HAY MÁS PASE A 916	<input type="text"/> PASE A (15) SI NO HAY MÁS PASE A 916	PASE A 905 EN OTRO CUEST. SI NO HAY PASE A 916
916	Verifique en la Portada del Cuestionario Individual si la mujer está seleccionada para aplicar la sección de Violencia Doméstica SELECCIONADA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> → PASE A 1000 NO SELECCIONADA <input type="checkbox"/> → PASE A 1028							



## SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
1000	<b>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE</b> NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 1</span> <span>NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 2</span> </div>		1028																												
1000A	<b>LEA:</b> Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja. 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.																														
1001	<b>VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></span> <span>SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/></span> <span>NUNCA CASADA/NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></span> </div>		1013B																												
1002	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):  SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FRECUENTEMENTE</th> <th style="text-align: center;">A VECES</th> <th style="text-align: center;">NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?</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>B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?</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>C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?</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>D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?</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>E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus 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>		FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	1	2	3	B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	1	2	3	C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?	1	2	3	D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	1	2	3	E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	1	2	3					
	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA																												
A ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	1	2	3																												
B ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	1	2	3																												
C ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas de hogar?	1	2	3																												
D ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	1	2	3																												
E ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	1	2	3																												
1003	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):	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?</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>B ¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser 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>C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus 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>D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su 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>E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?</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>F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?</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	A ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	1	2	8	B ¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	1	2	8	C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	1	2	8	D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	1	2	8	E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	1	2	8	F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	1	2	8	
	SI	NO	NS																												
A ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	1	2	8																												
B ¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	1	2	8																												
C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	1	2	8																												
D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	1	2	8																												
E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	1	2	8																												
F ¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	1	2	8																												
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:																														
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica? SI ..... 1 → NO ..... 2 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3																													

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	Durante los últimos 12 meses, ¿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 ↘	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1013	<b>VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>1013A</b>   CASADA/CONVIVIENTE SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA <input type="checkbox"/> <p>Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/compañero le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <b>1013B</b>   NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> <p>Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 → 1018 NO RESPONDE..... 8 → 1018	
1014	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE ..... A PADRE ..... B MADRASTRA ..... C PADRASTRO ..... D HERMANA ..... E HERMANO ..... F HIJA ..... G HIJO ..... H EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... I SUEGRA ..... J SUEGRO ..... K OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... L OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... M OTRO PARIENTE FEMENINO ..... N OTRO PARIENTE MASCULINO ..... O AMIGA/CONOCIDA ..... P AMIGO/CONOCIDO ..... Q MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... R EMPLEADOR(A) ..... S EXTRAÑO(A) ..... T OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
1015	<b>VERIFIQUE 1014:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> SOLO UN CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 1017 </div> </div>		
1016	De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?	MADRE ..... 01 PADRE ..... 02 MADRASTRA ..... 03 PADRASTRO ..... 04 HERMANA ..... 05 HERMANO ..... 06 HIJA ..... 07 HIJO ..... 08 EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO ..... 09 SUEGRA ..... 10 SUEGRO ..... 11 OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO..... 12 OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO..... 13 OTRO PARIENTE FEMENINO ..... 14 OTRO PARIENTE MASCULINO ..... 15 AMIGA/CONOCIDA ..... 16 AMIGO/CONOCIDO ..... 17 MAESTRO(A)/PROFESOR(A) ..... 18 EMPLEADOR(A) ..... 19 EXTRAÑO(A) ..... 20 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1017	Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?	NÚMERO DE VECES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1018	<b>VERIFIQUE 210, 226 Y 230 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> → 1021 </div> </div>		
1019	¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 1021	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1020	¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	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	<b>VERIFIQUE 1005, 1008, 1013 Y 1019:</b> POR LO MENOS <input type="checkbox"/> NINGÚN 'SI' <input type="checkbox"/>		
1022	Cuando la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1025 1023A
1023	¿A quién le ha pedido ayuda?  ¿Alguien más?  ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	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	Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?  SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?  ¿Alguna otra institución?	COMISARÍA..... A JUZGADO ..... B FISCALÍA ..... 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	¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?	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	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
1025A	¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
1026	AGRADEZCA DE NUEVO A LA ENTREVISTADA Y REGISTRE SI DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTA SECCIÓN HUBO  NIÑOS PRESENTES TODO EL TIEMPO O ALGUNAS VECES	TODO EL TIEMPO	ALGUNAS VECES	NO PRES.	
		MENOR 10 AÑOS..... 1	2	3	
		MAYOR 10 AÑOS ..... 1	2	3	
1027	INDIQUE SI TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA PORQUE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PERSONAS TRATARON DE ESCUCHAR O ENTRARON EN LA HABITACIÓN O INTERFERIERON DE ALGUNA OTRA FORMA	SI, UNA VEZ	SI, MÁS DE UNA VEZ	NO	
		ESPOSO/COMPAÑERO..... 1	2	3	
		OTRO HOMBRE ADULTO ..... 1	2	3	
		OTRA MUJER ADULTA ..... 1	2	3	
	ENTREVISTADORA: SI LA INFORMANTE CUENTA CON LAS TARJETAS DE VACUNACION Y CRED, NO OLVIDE DE TRANSCRIBIR LA INFORMACION A LAS PREGUNTAS 456 Y 466E.				
1028	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....			
			<div></div> <div></div>		

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**  
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Nombre de la Supervisora:

Fecha:

### 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 RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)  
L RETIRO  
M ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA  
P COLLAR DEL CICLO  
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/MENOPAUSIA  
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  
K CAMPAÑA / FERIA / JORNADA  
7 OTRO GOBIERNO  
8 CLÍNICA PARTICULAR  
9 FARMACIA / BOTICA  
J CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR  
A OTRO SECTOR PRIVADO  
B CLÍNICA/POSTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ONG  
C PROMOTORES DE ONG  
D TIENDA / SUPERMERCADO  
E IGLESIA  
F AMIGOS / PARIENTES  
G NADIE/SE AUTORECETO  
X OTRO: \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

#### COL 4:

##### Matrimonio / Unión

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

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
0	06 JUN		07 JUN 0
9	05 MAY		08 MAY 9
	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
0	06 JUN		19 JUN 0
8	05 MAY		20 MAY 8
	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
7	05 MAY		32 MAY 7
	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
6	05 MAY		44 MAY 6
	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
5	05 MAY		56 MAY 5
	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
4	05 MAY		68 MAY 4
	04 ABR		69 ABR
	03 MAR		70 MAR
	02 FEB		71 FEB
	01 ENE		72 ENE

# CALENDARIO 2009

## ENERO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

## MARZO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

## MAYO

D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

## JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

## JULIO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

## AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

## SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

## OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

## DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

# CALENDARIO 2008

## SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

## OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

## NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

## DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			