Apéndice F. Cuestionarios MICS de Cuba

MICS

CUESTIONARIO DE HOGAR
CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR			HH
1. Provincia: ___ ___	2. Municipio: ___ ___	3. Área de Salud: ___ ___	4. Consultorio: _____

HH1. Código de consultorio: ___ ___ ___

HH2. Número de hogar: ___ ___

HH3. Nombre y número de la entrevistadora:
Nombre_____ ___ ___

HH4. Nombre y número de la supervisora:
Nombre_____ ___ ___

HH5. Día / Mes / Año de la entrevista:
___ ___ /___ ___ / 201___

HH6. Área:
Urbana 1
Rural 2

HH7. Región:
Occidente 1
La Habana 2
Centro 3
Oriente 4

HH8. ¿Está el hogar seleccionado para el Cuestionario de Hombres? Sí.....1
No.....2

SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***15*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA. ¿PUEDO COMENZAR AHORA?

☐ *Sí, se concede el permiso ⇨Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.*

☐ *No, no se concede permiso ⇨Circule '04' en HH9. Analice el resultado con su supervisor.*

HH9. Resultado de la entrevista del hogar:
Completa 01
Nadie capacitado para responder 02
Ausentes por un período de tiempo largo 03
Rechazada 04
Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda 05
Vivienda destruida 06
Vivienda no encontrada 07

Otros (*especifique*)_____ 96

Después de haber completado el cuestionario del hogar, llene la siguiente información:

HH10.Entrevistado/a del Cuestionario de Hogar:
Nombre _____ ___ ___

HH11. Número total de miembros del hogar: ___ ___

HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años: ___ ___

Si el hogar está seleccionado para el cuestionario de hombres:
HH13A. Número de hombres de 15 a 49 años: ___ ___

HH14. Número de niños/as menores de 5 años: ___ ___

Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información

HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: ___ ___

Si el hogar está seleccionado para el cuestionario de hombres:
HH13B. Número de cuestionarios de hombres completados: ___ ___

HH15.Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados: ___ ___

HH16. Supervisado en campo por (nombre y número):
Nombre_____ ___ ___

HH17. Digitado por (nombre y número):
Nombre_____ ___ ___

HH18. *Inicio de la entrevista.*

Hora .....__ __

Minutos .....__ __

LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR — HL

¿PODRÍA DECIRME EN PRIMER LUGAR EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE VIVEN AQUÍ, COMENZANDO POR EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?

Anote el nombre del jefe/la jefa del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con el jefe/la jefa del hogar (HL3) y su sexo (HL4).

Luego pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA/S QUE VIVA AQUÍ AUNQUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO?

Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas.

Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del listado de miembros del hogar.

							*Para mujeres de **15 a 49** años*	*Para hombres de **15 a 49** años*	*Para niños/as de **0 a 4** años*	*Para niños/as de **0 a 17 años***						*Para niños/as de **0-14 años***
HL1. *Número de línea*	**HL2**. *Nombre*	**HL3**. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PAREN-TESCO DE (*nombre*) CON EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	**HL4**. ¿ES (*nombre*) MASCULINO O FEMENINO 1 Masculino 2 Femenino	**HL5**. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (*nombre*)? 98 NS 9998 NS	**HL6**. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (*nombre*)? *Anote en años completos. Si la edad es 95 o más, anote '95'*	**HL7**. *Circule el número de línea si la edad de la mujer es de **15 a 49** años.*	**HL7A**. *Circule el número de línea si la edad del hombre es de **15 a 49** años y el hogar está selecciona do para el cuestionari o de hombres*	**HL7B**. *Circule el número de línea si la edad es de **0 a 4** años.*	**HL11**. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ⇨ HL13 8 NS ⇨ HL13	**HL12**. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", anoté el número de línea de la madre y vaya a HL13. Si es "No" anote 00*	**HL12A**. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 4 Misión 8 NS	**HL13**. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No ⇨ HL15. 8 NS ⇨ HL15.	**HL14**. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", anote el número de línea del padre y vaya a HL15. . Si es "No" anote 00*	**HL14A**. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 4 Misión 8 NS	**HL15**. *Anote el número de línea de la madre desde HL12 si así se indica. Si HL12 está vacío o "00" pregunte:* ¿QUIÉN ES EL ENCARGADO PRINCIPAL DE (*nombre*)?
Linea	Nombre	Relación*	M F	Mes	Año	Edad	15-49	15-49	0-4	S N NS	Madre		S N NS	Padre		Madre
01		**0 1**	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	01	01	01	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
02		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	02	02	02	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
03		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	03	03	03	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
04		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	04	04	04	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
05		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	05	05	05	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
06		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	06	06	06	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
07		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	07	07	07	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
08		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	08	08	08	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___
09		___ ___	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	09	09	09	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	1 2 8	___ ___	1 2 3 4 8	___ ___

							Para mujeres de **15 a 49** años	Para hombres de **15 a 49** años	Para niños/as de **0 a 4** años	Para niños/as de **0 a 17 años**						Para niños/as de **0-14 años**
HL1. *Número de línea*	**HL2**. *Nombre*	**HL3**. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PAREN-TESCO DE (*nombre*) CON EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	**HL4**. ¿ES (*nombre*) MASCULINO O FEMENINO? 1 Masculino 2 Femenino	**HL5**. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (*nombre*)? 98 NS 9998 NS		**HL6**. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (*nombre*)? *Anote en años completos Si la edad es 95 o más, anote '95'*	**HL7**. *Circule el número de línea si la edad de la mujer es de **15 a 49** años.*	**HL7A**. *Circule el número de línea si la edad del hombre es de **15 a 49** años y el hogar está selecciona do para el cuestionari o de hombres*	**HL7B**. *Circule el número de línea si la edad es de **0 a 4** años.*	**HL11**. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No⇨ HL13 8 NS⇨ HL13	**HL12**. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", anote el número de línea de la madre y vaya a HL13. Si es "No" anote 00*	**HL12A**. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 4 Misión 8 NS	**HL13**. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (*nombre*)? 1 Sí 2 No⇨ HL15. 8 NS⇨ HL15.	**HL14**. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) EN ESTA CASA? *Si es "Sí", anote el número de línea del padre y vaya a HL15. . Si es "No" anote 00*	**HL14A**. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (*nombre*) 1 En otro hogar de este país 2 Institución en este país 3 Extranjero 4 Misión 8 NS	**HL15**. *Anote el número de línea de la madre desde HL12 si así se indica. Si HL12 está vacío o "00" pregunte:* ¿QUIÉN ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (*nombre*)?
Linea	Nombre	Relación*	M F	Mes	Año	Edad	15-49	15-49	0-4	S N NS	Madre		S N NS	Padre		Madre
10		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	10	10	10	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __
11		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	11	11	11	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __
12		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	12	12	12	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __
13		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	13	13	13	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __
14		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	14	14	14	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __
15		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	15	15	15	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	1 2 8	__ __	1 2 3 4 8	__ __

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional ☐

Sondee para miembros adicionales en el hogar.
Pregunte especialmente por algún niño/a pequeño que no haya sido incluido en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (como empleados domésticos, amigos) pero que, por lo general, vivan en el hogar. Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.

Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años de edad, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Mujer aparte.
Para cada hombre de 15 a 49 años, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Hombre aparte.
Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea Y el número de línea de su madre o persona encargada en el panel de información de un Cuestionario para Menores de 5 años aparte.
Usted deberá tener ahora un cuestionario por separado para cada mujer, cada hombre elegible y cada niño/a menor de 5 en el hogar.

* *Códigos para **HL3**: Relación con el jefe/la jefa del hogar:*					
01 Jefe/a	04 Yerno/Nuera	07 Suegros	10 Tío / a	13 Adoptado / Hijo/a de crianza/ Hijastro/a	
02 Esposo/a/pareja	05 Nieto/a	08 Hermano /a	11 Sobrino/a	14 Empleada/o (vive en el hogar)	
03 Hijo/a	06 Padre o Madre	09 Cuñado / a	12 Otro parentesco	96 Otro/a (no pariente)	98 No sabe

MICS.HH.3

EDUCACIÓN ED

			Para miembros del hogar de **5 años de edad y mayores**			
ED1. *Número de línea*	**ED2**. *Nombre y edad* *Copie de HL2 y HL6*		**ED3**. ¿ASISTIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR? 1 Sí 2 No ↘ Siguiente línea		**ED4A**. ¿CUÁL FUE EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (*nombre*)? Nivel: 0 Preescolar 1 Primaria (00 - 06) 2 Secundaria (00 - 03) 3 Obrero Calificado (00 - 05) 4 Pre Universitario/Téc. (00 - 05) 5 Superior (00 - 07) 8 NS *Si el nivel es=0, vaya directamente a la siguiente línea o SL1 si es la última persona.*	**ED4B**. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE (*nombre*) COMPLETÓ DE ESE NIVEL? Grado: 98 NS *Si el primer grado de este nivel no se completó, , anote "00"*
Línea	Nombre	Edad	Sí	No	Nivel	Grado
01		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
02		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
03		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
04		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
05		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
06		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
07		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
08		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
09		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
10		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
11		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
12		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
13		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
14		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __
15		__ __	1	2	0 1 2 3 4 5 8	__ __

SELECCIÓN DE UN NIÑO/A PARA DISCIPLINA INFANTIL — SL

SL1. *Verifique en HL6 Listado de Miembros del Hogar y escriba el número total de niños/as en la edad comprendida de 1 a 14 años de edad.*

Número total…… ____ ____

SL2. *Verifique el número total de niños/as de 1-14 años de edad en SL1:*

☐ *Cero ⇨ Vaya al modulo de Agua y Saneamiento*

☐ *Uno ⇨ Pase a SL9 y anote el número de rango si es '1', anote el número de línea, nombre y edad del niño/a.*

☐ *Dos o más ⇨ Continúe con SL2A*

SL2A. *Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 14 años en el orden en que aparece en el Listado de miembros del hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 14 años de edad. Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.*

SL3. *Numero de rango*	**SL4**. *Numero de línea desde HL1*	**SL5**. *Nombre de HL2*	**SL6**. *Sexo de HL4*	**SL7**. *Edad de HL6*
Rango	Línea	Nombre	M F	Edad
1	__ __		1 2	___ ___
2	__ __		1 2	___ ___
3	__ __		1 2	___ ___
4	__ __		1 2	___ ___
5	__ __		1 2	___ ___
6	__ __		1 2	___ ___
7	__ __		1 2	___ ___
8	__ __		1 2	___ ___

SL8. *Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Este es el número de la fila que usted debe usar en la tabla de abajo.*

Verifique el número total de niños/as elegibles de 1-14 años en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el cuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y circule el número que aparece en dicho cuadro. Este es el número de rango (SL3) del niño/a seleccionado.

Último Dígito del Número de Hogar (desde HH2)	**Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (SL1)**							
	1	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8+***
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

SL9. *Anote el número de rango (SL3), número de línea (SL4), nombre (SL5) y edad (SL7) del niño/a seleccionado*

Número de rango .....__

Número de línea.....__ __

Nombre_____

Edad .....__ __

DISCIPLINA INFANTIL		CD
CD2. *Escriba el número de línea y nombre del niño/a desde SL9.*	Número de línea.....__ __ Nombre_____	
CD3. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS/AS LA MANERA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUERRÍA QUE ME DIJERA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA UTILIZADO ESTOS MÉTODOS CON *(nombre)* EN EL MES PASADO.	Sí No	
[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A *(nombre)* LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Le quitó algún privilegio 1 2	
[B] LE EXPLICÓ A (*nombre*) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Explicó el comportamiento erróneo..... 1 2	
[C] LO/LA SACUDIÓ.	Lo/la sacudió. 1 2	
[D] LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ.	Le gritó, le vociferó. 1 2	
[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	Le dio otra cosa que hacer..... 1 2	
[F] LE DIO NALGADAS.	Le dio nalgadas. 1 2	
[G] LO/LA GOLPEÓ EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Lo/la golpeó con cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro. 1 2	
[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HARAGÁN/A, O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Lo/la llamó tonto/a, haragán/a, o alguna otra cosa parecida. 1 2	
[I] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA GALLETA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Golpeó / dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas. 1 2	
[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA GALLETA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	Golpeó / dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna. 1 2	
[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.	Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo. 1 2	
CD4. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí. ..... 1 No..... 2 No sabe / No opina 8	

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda.....11 Tubería dentro del patio o parcela .....12 Tubería en la vivienda del vecino.....13 Llave pública.....14 Pozo con tubería .....21 Pozo cavado Pozo protegido .....31 Pozo no protegido .....32 Agua de manantial Manantial protegido.....41 Manantial no protegido.....42 Recogen agua de lluvia.....51 Camión cisterna (pipa) .....61 Carreta con tanque.....71 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....81 Agua embotellada/envasada.....91 Otra (*especifique*)_____ 96	 11⇨WS6 12⇨WS6 13⇨WS6 14⇨WS3 21⇨WS3 31⇨WS3 32⇨WS3 41⇨WS3 42⇨WS3 51⇨WS3 61⇨WS3 71⇨WS3 81⇨WS3 96⇨WS3
WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?	Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda.....11 Tubería dentro del patio o parcela .....12 Tubería al vecino.....13 Llave pública.....14 Pozo con tubería .....21 Pozo cavado Pozo protegido .....31 Pozo no protegido .....32 Agua de manantial Manantial protegido.....41 Manantial no protegido.....42 Recogen agua de lluvia.....51 Carro-tanque / camión cisterna (pipa).....61 Carreta con tanque/tambor pequeño .....71 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación) ....81 Otra (*especifique*)_____ 96	 11⇨WS6 12⇨WS6 13⇨WS6
WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA LA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda .....1 En el propio patio/parcela.....2 En otro lado 3	1⇨WS6 2⇨WS6
WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO LE LLEVA IR HASTA ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Cantidad de minutos .....__ __ __ No sabe 998	

WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A BUSCAR AGUA PARA SU HOGAR? *Indague:* ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?	Mujer adulta (de 15 años o más).....1 Hombre adulto (de 15 años o más).....2 Niña (menor de 15) .....3 Niño (menor de15) .....4 NS.....8	
WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí. .....1 No .....2 NS.....8	2⇨WS8 8⇨WS8
WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER? *Indague:* ¿ALGO MÁS? *Anote todas las opciones mencionadas.*	La hierve..... A Le añade hipoclorito/cloro ..... B La filtra con una tela ..... C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) ..... D Desinfección solar ..... E La deja reposar y asentar.....F Otro (*especifique*) _____ X NS.....Z	
WS8. ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? *Si responde "inodoro" o "letrina con cierre hidráulico", indague:* ¿HACIA DÓNDE DESCARGA? *Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.*	Con agua para descargar o baldear Inodoro conectado al alcantarillado.....11 Inodoro conectado a tanque séptico .....12 Letrina (pozo negro, hoyo) .....13 Inodoro conectado a otro sistema.....14 Inodoro conectado a sitio desconocido/no está seguro dónde / NS dónde.....15 Letrina de fosa Letrina mejorada con ventilación .....21 Letrina con plataforma.....22 Letrina sin plataforma /Foso abierto.....23 Inodoro de compostaje.....31 Balde .....41 Inodoro colgante, Letrina colgante.....51 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo .....95 Otro (*especifique*) _____ 96	95⇨Módulo siguiente
WS9. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí. .....1 No 2	2⇨Módulo siguiente
WS10. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON INTEGRANTES DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general) .....1 Instalación pública 2	2⇨Módulo siguiente
WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Número de hogares (si menos de 10).....0__ Diez hogares o más .....10 NS.....98	

LAVADO DE MANOS		HW
HW1. NOS GUSTARÍA CONOCER SOBRE LOS ESPACIOS QUE UTILIZAN EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS. ¿PUEDE MOSTRARME QUÉ LUGAR USAN CON MAYOR FRECUENCIA LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Lugar observado ..... 1 Lugar no observado No está en la vivienda/patio/ parcela .... 2 No obtuvo permiso para ver el lugar ..... 3 Otra razón (*especifique*) _____ 6	 2 ⇨HW4 3 ⇨HW4 6 ⇨HW4
HW2. *Observe si hay agua en el lugar designado para el lavado de manos.* *Verifique la llave/bomba, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para detectar la presencia de agua.*	Hay agua disponible..... 1 No hay agua disponible..... 2	
HW3A. *¿Hay jabón, detergente o ceniza / arena en el lugar designado para el lavado de manos?*	Sí, presente..... 1 No presente..... 2	 2⇨HW4
HW3B. *Anote su observación.* *Circule todo lo que corresponda.*	Jabón en barra .....A Detergente (en polvo / líquido / en pasta)...B Jabón líquido..... C Ceniza / arena..... D	A⇨HH19 B⇨HH19 C⇨HH19 D⇨HH19
HW4. ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE O CENIZA/BARRO/ARENA EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Sí. ..... 1 No..... 2	 2⇨HH19
HW5A. ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO, POR FAVOR?	Sí, mostrado..... 1 No mostrado..... 2	 2⇨HH19
HW5B. *Anote su observación.* *Circule todo lo que corresponda*	Jabón en barra .....A Detergente (en polvo / líquido / en pasta)...B Jabón líquido..... C Ceniza / arena..... D	

HH19. *Finalizada la entrevista.*	Hora y minutos .....__ __ : __ __	

HH20. *Agradezca al entrevistado/a su cooperación y verifique el Listado de miembros del hogar:*

☐ *En el listado del hogar (HL7) se ha emitido un cuestionario separado de mujeres individuales para cada mujer de 15 a 49 años de edad.*

Verifique HH8. Si se selecciona el hogar para el cuestionario de hombres individuales:

☐ *En el listado del hogar (HL7A) se ha emitido un cuestionario separado de hombres individuales para cada hombre de 15 a 49 años de edad.*

☐ *En el listado del hogar (HL7B) se ha emitido un cuestionario separado de niños/as menores de 5 años de edad*

Vuelva a la portada del cuestionario y asegúrese de que el resultado de la entrevista del hogar (HH9), el nombre y número de línea del entrevistado/a del cuestionario del hogar (HH10), y el número de mujeres elegibles (HH12), hombres elegibles(HH13A) y niño/as menores de 5 años (HH14) estén completos

Haga arreglos para la aplicación de los cuestionario/s restantes en este hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

MICS

CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER	WM
Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver columna HL7 del Formulado de Listado de miembros del hogar). Llene un cuestionario para cada mujer elegible.	
WM1. Código del consultorio: ___ ___ ___	**WM2**. Número de hogar: ___ ___
WM3. Nombre de la mujer: Nombre_____	**WM4**. Número de línea de la mujer: ___ ___
WM5.Nombre y número de la entrevistadora: Nombre_____ ___ ___	**WM6**. Día/Mes/Año de la entrevista: ___ ___ / ___ ___ / 201___

Repita el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer: SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***25*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.	*Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:* AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***25*** MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ *Sí, se concede permiso* ⇨*Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.* ☐ *No, no se concede permiso* ⇨*Circule"03" en* WM7. *Discuta el resultado con su supervisor.*	

WM7. Resultado de la encuesta a la mujer	Completa ..... 01 Ausente ..... 02 Rechazo ..... 03 Incompleta ..... 04 Incapacitada ..... 05 Otro (*especifique*) _____ 96

WM8. Supervisado en campo por (nombre y número): Nombre _____ ___ ___	**WM9**. Digitado por (nombre y número): Nombre_____ ___ ___

WM10. *Anote la hora.*	Hora y minutos .....__ __ : __ __	

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento: Mes ..... __ __ No sabe el mes ..... 98 Año..... __ __ __ __ No sabe el año..... 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? *Indague:* ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? *Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes*	Edad (en años completos).....__ __	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	Sí.....1 No 2	2⇨ Siguiente módulo
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Preescolar.....0 Primaria (00 - 06).....1 Secundaria (00 - 03).....2 Obrero Calificado (00 – 05)..... 3 Pre Universitario/Técnico (00 – 05)..... 4 Superior (00 – 07).....5	0⇨ Siguiente módulo
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE USTED COMPLETÓ EN ESE NIVEL? *Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"*	Grado.....__ __	

MÓDULO DE NACIMIENTOS		CM
Todas las preguntas se refieren sólo a los niños/as nacidos vivos.		
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS HIJOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM8
CM2. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE SU PRIMER HIJO? ME REFIERO A LA PRIMERA VEZ QUE USTED DIO A LUZ, AUNQUE EL NIÑO/ A NO ESTÉ VIVO/ A O SI EL NIÑO/ A ES DE OTRO HOMBRE DIFERENTE A SU ACTUAL ESPOSO/ COMPAÑERO. *Salte directamente a CM4 sólo si se informa el año del primer nacimiento. De lo contrario, continúe con CM3.*	Fecha del primer nacimiento Mes ..... __ __ No sabe el mes..... 98 Año..... __ __ __ __ No sabe el año..... 9998	⇨CM4 Si sabe el año
CM3. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE USTED TUVO SU PRIMER HIJO?	Años completos desde el primer nacimiento __ __	
CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA DADO A LUZ Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? *Si la respuesta es ninguno, anote '00'.*	Hijos varones viviendo en casa ..... __ __ Hijas viviendo en casa ..... __ __	
CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/SO HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA DADO A LUZ PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA?	Sí..... 1 No 2	2⇨CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? *Si la respuesta es ninguno, anote '00'.*	Hijos varones en otro lugar..... __ __ Hijas en otro lugar..... __ __	
CM8. ¿HA DADO A LUZ ALGUNA VEZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS? *Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:* ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS	Sí..... 1 No 2	2⇨CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? *Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.*	Niños varones fallecidos..... __ __ Niñas fallecidas..... __ __	
CM10. Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.	Total ..... __ __	

CM11. SÓLO PARA ESTAR SEGURA DE QUE TENGO LA INFORMACIÓN CORRECTA, USTED TUVO EN TOTAL (*número total en CM10*) HIJOS NACIDOS VIVOS DURANTE TODA SU VIDA. ¿ES ESTO CORRECTO?

☐*Sí. Marque abajo:*

☐*No nacidos vivos ⇨ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD*

☐*Uno o más nacidos vivos ⇨ Continúe con CM12*

☐*No ⇨ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12*

CM12. DE ESTOS (*número total en CM10*) NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ AL ÚLTIMO HIJO (AÚN CUANDO ÉL O ELLA HAYA FALLECIDO)? Se debe anotar el mes y el año	Fecha del último nacimiento Mes ..... __ __ Año..... __ __ __ __	

CM13.*Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la entrevista) de* ***2012***

☐*No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇨ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD*

☐ *Sí, tuvo uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇨ Pregunte el nombre del último niño nacido/la última niña nacida.*

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño/a por su nombre en los módulos siguientes.

Continúe con el siguiente módulo.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		**DB**
Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. *Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13_____.* *Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, donde se indique.*		
DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (*nombre*), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. .....1 No 2	1⇨Siguiente módulo
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante .....1 No más 2	2⇨Siguiente módulo
DB3. ¿CUÁNTO MÁS TIEMPO QUERÍA USTED ESPERAR? *Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.*	Meses ..... 1__ __ Años.....2 __ __ No sabe 998	

SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. *Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____.* *Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, donde se indique.*		
MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA LA CONSULTA PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*)?	Sí. ..... 1 No 2	2⇨MN4AA
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? *Indague:* ¿ALGUNA OTRA PERSONA? *Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.*	Profesional de la salud: Médico .....A Enfermera .....B Otro *(especifique)*_____ X	
MN2A. ¿DE CUÁNTAS SEMANAS O MESES ESTABA USTED EMBARAZADA CUANDO RECIBIÓ CONSULTA PRENATAL POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? *Registre la respuesta en la forma dada por la entrevistada.*	Semanas..... 1 __ __ Meses ..... 2 0 __ No sabe 998	
MN3. ¿CUÁNTAS CONSULTAS PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? *Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.*	Número de veces..... __ __ No sabe 98	
MN4. COMO PARTE DE SU CHEQUEO PRENATAL, ¿LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?: [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? [D] ¿LE REALIZARON ULTRASONIDO?	Sí No Presión arterial..... 1 2 Muestra de orina..... 1 2 Muestra de sangre..... 1 2 Ultrasonido..... 1 2	
MN4AA. ¿TUVO ALGUNA DIFICULTAD CON SU PESO CORPORAL AL INICIO DE SU EMBARAZO QUE HAYA SIDO SEÑALADO POR SU MÉDICO?	Sí……..... 1 No..... ..... 2 No sabe 8	2⇨MN4CA 8⇨MN4CA
MN4BA. ¿QUÉ DIFICULTAD TUVO CON SU PESO CORPORAL AL INICIO DE SU EMBARAZO?	Bajo peso ..... 1 Sobre peso ..... 2 Obesa 3	
MN4CA. ¿CÓMO FUE SU GANANCIA DE PESO CORPORAL EN EL EMBARAZO?	Normal ..... 1 Poca ganancia ..... 2 Mucha ganancia 3	
MN4DA. ¿DURANTE EL EMBARAZO ALGUNA VEZ SU MÉDICO LE INDICÓ LA INGESTIÓN DE ALGÚN SUPLEMENTO DE HIERRO COMO PRENATAL O FUMARATO FERROSO?	Sí……..... 1 No..... 2	2⇨MN6

MN4EA. ¿INGIRIÓ EL SUPLEMENTO DE HIERRO SEGÚN LA INDICACIÓN DEL MÉDICO?	Sí……..... 1 No..... 2	1⇨MN6
MN4FA. ¿PORQUÉ NO LO INGIRIÓ? ¿ALGUNA OTRA RAZÓN? *(Marque todas las que refiera)*	Porque no lo encontró en farmacia .....A Está tomando otro suplemento o vitamina .....B Piensa que no lo requiere.....C Se le olvida .....D Le causa estreñimiento .....E Otra (*especifique*) _____ X	
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨MN9 8⇨MN9
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (*nombre*)?	Número de veces..... __ No sabe 8	 8⇨MN9
MN8. *¿Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?* ☐ *Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇨ Vaya a MN17* ☐ *Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇨ Continúe con MN9*		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*), YA SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí. ..... 1 No.....2 No sabe……..……8	 2⇨MN17 8⇨MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*)? *Si fueron 7 o más veces, anote '7'.*	Cantidad de veces..... __ No sabe 8	 8⇨MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (*nombre*)? *Si fue menos de 1 año, anote '00'.*	Hace (años) ..... __ __	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (*nombre*)? *Indague:* ¿ALGUIEN MÁS? *Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.* *Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.*	Profesional de la salud: Médico .....A Enfermera obstétrica .....B Otra enfermera o auxiliar .....C Otra persona: Pariente o amigo .....H Otro (*especifique*) _____ X Nadie .....Y	

MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (*nombre*)? *Indague para identificar el tipo de fuente.*	Hogar Casa de la entrevistada ..... 11 Otra casa ..... 12 Sector público Hospital ..... 21 Policlínico ..... 22 Consultorio del Médico de la Familia ..... 23 Otra institución de salud (*especifique*) _____ 26 Otro (*especifique*) _____ 96	 11⇨MN20 12⇨MN20 23⇨MN20 26⇨MN20 96⇨MN20
MN19. ¿NACIÓ (*nombre)* POR CESÁREA?	Sí. ..... 1 No 2	 2⇨MN20
MN19A. ¿CUÁNDO SE TOMÓ LA DECISIÓN DE REALIZARLE LA CESÁREA DE (*nombre)* FUE ANTES O DESPUÉS DE HABERLE COMENZADO LOS DOLORES DEL PARTO?	Antes..... 1 Después..... 2	
MN20. CUANDO NACIÓ (*nombre*), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	Muy grande ..... 1 Más grande que el promedio ..... 2 Tamaño promedio..... 3 Más pequeño que el promedio ..... 4 Muy pequeño ..... 5 No sabe 8	
MN21. ¿SE PESÓ A (*nombre*) AL NACER?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨MN23 8⇨MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (*nombre*) AL NACER? *Transcriba el peso del carnet del niño, si está disponible.* *Solicite el carnet del niño para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas* *Sólo si el carnet no está disponible anote la respuesta de la madre ya sea en gramos o en libras en el espacio correspondiente*	De la tarjeta .....1 (g) __ __ __ __ De memoria .....2 (g) __ __ __ __ De memoria .....3 (lbrs.onz) __ __ .__ __ No sabe 99998	
MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No 2	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (*nombre*)?	Sí. ..... 1 No. 2	 2⇨Siguiente módulo
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO TRANSCURRIÓ HASTA QUE LE DIO PECHO A (*nombre*) POR PRIMERA VEZ? *Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.* *Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.* *En cualquier otro caso, anote días.*	Inmediatamente ..... 000 Horas ..... 1 __ __ Días ..... 2 __ __ No sabe/no recuerda 998	

MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (*nombre*) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí. ..... 1 No 2	2⇨Siguiente módulo
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (*nombre*) DE TOMAR? *Indague:* ¿ALGO MÁS? *(Marque todas las que refiera)*	Leche (que no sea leche materna).....A Agua sola.....B Agua con azúcar o con glucosa .....C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés .....D Solución de agua con azúcar y sal.....E Jugo de frutas .....F Fórmula para bebés..... G Té / infusiones .....H Miel ..... I Otro (*especifique*)_____X	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		**PN**
Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. *Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:_____.* *Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.*		
PN1. *Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en una institución de salud?* ☐ *Sí, el niño/a nació en una institución de salud (MN18=21-26) ⇨ Continúe con PN2* ☐ *No, el niño/a no nació en una institución de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN6*		
PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DESPUÉS DE CONCLUIDO EL PARTO, DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*). USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (*Tipo de centro en MN18*). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas ..... 1 __ __ Días..... 2 __ __ Semanas..... 3 __ __ No sabe / no recuerda 998	
PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DEL ALTA. ¿ANTES DE QUE SE FUERA DEL (*Tipo de centro en MN18*), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No..... 2	
PN4. ¿Y A USTED LA EXAMINARON PARA SABER SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE ALTA DEL (*nombre o tipo de centro en MN18*)?	Sí..... 1 No..... 2	

PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE ALTA DEL (*nombre o tipo de centro en MN18*). ¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DEL (*nombre o tipo de centro en MN18*)?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨PN11 2⇨PN16
PN6. *Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud?* ☐ *Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud (MN17=A-C) ⇨ Continúe con PN7* ☐ *No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud (A-C no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN10*		
PN7. USTED YA HA DICHO QUE (*persona o personas en MN17*) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (*nombre*), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (*nombre*) ESTABA BIEN. TRAS EL PARTO Y ANTES DE QUE (*persona o personas en MN17*) SE MARCHARA, ¿(*persona o personas en MN17*) CHEQUEÓ LA SALUD DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No..... 2	
PN8. ¿Y A USTED (*persona o personas en MN17*) LA EXAMINÓ ANTES DE QUE SE MARCHARA?	Sí..... 1 No..... 2	
PN9. DESPUÉS DE QUE (*persona o personas en MN17*) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨PN11 2⇨PN18
PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A (*nombre*), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN. TRAS EL NACIMIENTO DE (*nombre*) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇨PN19
PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	1⇨PN12A 2⇨PN12B
PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? **PN12B**. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas ..... 1 __ __ Días..... 2 __ __ Semanas..... 3 __ __ No sabe/no recuerda 998	

PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (*nombre*) EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Otro/a (*especifique*) _____X	
PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO? *Indague para identificar el tipo de fuente.*	Hogar Hogar de la entrevistada..... 11 Otro hogar..... 12 Sector público Hospital..... 21 Policlínico..... 22 Consultorio del Médico de la Familia... 23 Otra institución de salud (*especifique*) _____26 Otro sitio (*especifique*) _____ 96	
PN14A. ¿LE HICIERON A (*nombre*) LA PRUEBA QUE CONSISTE EN UN PINCHAZO EN EL TALÓN Y SE HACE ALREDEDOR DEL QUINTO DÍA DE NACIDO?	Sí..... 1 No..... 2	
PN15. *Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un centro de salud?* ☐ *Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-26) ⇨ Continúe con PN16* ☐ *No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN17*		
PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DEL (*nombre o tipo de centro en MN18*), ¿ALGUIEN LA EXAMINÓ A USTED?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨PN20 2⇨Siguiente módulo
PN17. *Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud?* ☐ *Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud (MN17=A-C) ⇨ Continúe con PN18* ☐ *No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud (A-C no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN19*		
PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (*persona o personas en MN17*), ALGUIEN LA EXAMINÓ A USTED?	Sí..... 1 No..... 2	1⇨PN20 2⇨Siguiente módulo
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE USTED? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS O EXAMINÁNDOLA.	Sí..... 1 No..... 2	2⇨Siguiente módulo
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	1⇨PN21A 2⇨PN21B

PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? **PN21B**. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? *Si es menos de un día, registre las horas.* *Si es menos de una semana, registre los días.* *De lo contrario, registre las semanas.*	Horas ..... 1 __ __ Días..... 2 __ __ Semanas..... 3 __ __ No sabe/no recuerda 998	
PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ SU SALUD EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Otro/a (*especifique*) _____X	
PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? *Indague para identificar el tipo de fuente.*	Hogar Hogar de la entrevistada ..... 11 Otro hogar ..... 12 Sector público Hospital ..... 21 Policlínico ..... 22 Consultorio del Médico de la Familia ... 23 Otra institución (*especifique*) _____26 Otro sitio (*especifique*) _____ 96	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD — IS

IS1. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15*

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?

☐ Sí ⇨ Continúe con IS2.

☐ No ⇨ Vaya al siguiente módulo USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD. ¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA? Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro. *Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias*	El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A El niño/a empeora ..... B El niño/a comienza a tener fiebre..... C El niño/a tiene respiración rápida ..... D El niño/a tiene dificultad para respirar..... E El niño/a tiene sangre en las heces ..... F El niño/a ingiere poco líquido .....G Otro (*especifique*) _____ X Otro (*especifique*) _____ Y Otro (*especifique*) _____ Z	

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada ..... 1 No ..... 2 No está segura o no sabe 8	1⇨CP2A
CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí. ..... 1 No 2	1⇨CP3
CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí. ..... 1 No 2	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo
CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO? No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.	Esterilización femenina ..... A Esterilización masculina ..... B DIU ..... C Inyecciones ..... D Implantes ..... E Píldoras ..... F Condón masculino ..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Jalea/Espuma ..... J Método de amenorrea por lactancia (MELA) ..... K Abstinencia periódica / Ritmo ..... L Retiro ..... M Otro (*especifique*) _____ X	

NECESIDAD NO SATISFECHA		UN
UN1. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?* ☐ Sí, está embarazada actualmente ⇨ Continúe con UN2 ☐ No, no está segura o no sabe ⇨ Vaya a UN5		
UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA ESTAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. ..... 1 No 2	1⇨UN4
UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO DESEABA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde..... 1 No más 2	
UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a ..... 1 No más/ninguno ..... 2 No ha decidido/No sabe 8	1⇨UN7 2⇨UN13 8⇨UN13
UN5. *Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora "Esterilización femenina"?* ☐ Sí. ⇨ Vaya a UN13 ☐ No. ⇨ Continúe con UN6		
UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A, O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a .....1 No más/ninguno.....2 Dice que no puede quedar embarazada .....3 No lo ha decidido/No sabe 8	 2⇨UN9 3⇨UN11 8⇨UN9
UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? *Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.*	Meses .....1 __ __ Años .....2 __ __ No quiere esperar (pronto/ahora).....993 Dice que no puede quedar embarazada ...994 Después del casamiento .....995 Otro.....996 No sabe 998	 994⇨UN11
UN8. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?* ☐ Sí, está embarazada actualmente ⇨ Vaya a UN13 ☐ No, no está segura o no sabe ⇨ Continúe con UN9		
UN9. *Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?* ☐ Si ⇨ Vaya a UN13		

☐*No ⇨ Continúe con UN10*		
UN10. ¿CREE QUE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS DE QUEDAR EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO?	Sí……. .....1 No.....2 No sabe 8	1 ⇨UN13 8 ⇨UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /No tiene relaciones sexuales .....A Menopausia .....B Nunca menstruó ..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) ..... D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados .....E Amenorrea post parto.....F Amamantamiento ..... G Muy vieja ..... H Fatalista .....I Otro (*especifique*) _____X No sabe .....Z	
UN12. *Verifique UN11. ¿Mencionó "nunca menstruó"?* ☐Sí ⇨ Vaya al Siguiente módulo ☐No ⇨ Continúe con UN13		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada	Hace días .....1 __ __ Hace semanas.....2 __ __ Hace meses.....3 __ __ Hace años .....4 __ __ En la menopausia/se le ha realizado histerectomía .....994 Antes del último nacimiento .....995 Nunca menstruó 996	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA					DV
DV1A. ¿CONOCE USTED ALGUNA MUJER, QUE HAYA SIDO GOLPEADA POR SU ESPOSO?	Sí. .....1 No 2				
DV1. A VECES, UN ESPOSO SE MOLESTA O SE PONE FURIOSO POR COSAS QUE SU ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:		Sí	No	NS	
[A] ¿SI ELLA LLEGA TARDE SIN AVISARLE?	Llega tarde sin avisarle	1	2	8	
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as	1	2	8	
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él	1	2	8	
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a tener relaciones sexuales……	1	2	8	
[E] ¿SI ÉL NO SE SIENTE ATENDIDO?	No se siente atendido……	1	2	8	
[F] ¿SI ELLA LE ES INFIEL?	Le es infiel ……	1	2	8	

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada.....1 Sí, viviendo con un hombre.....2 No, no en unión 3	3⇨MA5
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?	Edad en años .....__ __ No sabe 98	⇨MA7 98⇨MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado.....1 Sí, vivió con un hombre en el pasado.....2 No 3	3⇨Siguiente módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda .....1 Divorciada .....2 Separada.....3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez.....1 Más de una vez 2	1⇨MA8A 2⇨MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA? **MA8B**. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> O COMENZÓ A VIVIR CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del (primer) matrimonio Mes.....__ __ No sabe en qué mes .....98 Año .....__ __ __ __ No sabe en qué año.....9998	⇨Siguiente módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (<u>PRIMER</u>) ESPOSO/ PAREJA?	Edad en años .....__ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.		
SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL PARA COMPRENDER MEJOR ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA FAMILIAR. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDA SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?	Nunca tuvo relaciones sexuales .....00 Edad en años .....__ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/pareja.....95	00⇨Siguiente módulo
SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES SE USO CONDÓN?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no recuerda.....8	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES? *Anote las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).* *Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta debe anotarse en años.*	Hace días .....1 __ __ Hace semanas .....2 __ __ Hace meses .....3 __ __ Hace años .....4 __ __	4⇨SB15
SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES SE USO CONDÓN?	Sí. .....1 No 2	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? *Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.* *Si es "novio", pregunte:* ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? *Si la respuesta es "sí", circule "2"* *Si la respuesta es "no", circule "3"*	Esposo.....1 Pareja conviviente .....2 Novio/prometido .....3 Compañero casual .....4 Otro (*especifique*) _____ 6	3⇨SB7 4⇨SB7 6⇨SB7
SB6. *Verifique MA1:* ☐ *Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 ó 2) ⇨Vaya a SB8* ☐ *No casada/No en unión (MA1 = 3) ⇨ Continúe con SB7*		
SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? *Si la respuesta es "no sabe", indague:* ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual.....__ __ No sabe 98	
SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. .....1 No 2	2⇨SB15

SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .....1 No 2	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON ESA PERSONA? *Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual* *Si es el "novio", pregunte:* ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? *Si la respuesta es "sí",circule "2"* *Si la respuesta es "no",circule "3"*	Esposo.....1 Compañero conviviente.....2 Novio .....3 Compañero casual .....4 Otro (*especifique*) _____ 6	 3⇨SB12 4⇨SB12 6⇨SB12
SB11. *Verifique MA1 y MA7:* ☐*Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 ó 2)* *Y* *Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1)⇨ Vaya a SB13* ☐*Otro. Continúe con SB12*		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? *Si la respuesta es "no sabe", indague:* ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad del compañero sexual.....__ __ No sabe 98	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. .....1 No 2	 2⇨SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros .....__ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? *Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.* *Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote "95".*	Numero de compañeros en toda su vida__ __ No sabe 98	

VIH/SIDA		HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí. .....1 No 2	 2⇨Siguiente módulo
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ LACTANDO O AMAMANTANDO?	Sí No NS Durante el embarazo .....1 2 8 Durante el parto .....1 2 8 Lactando 1 2 8	
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA, PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe/no está segura/depende 8	

HA13. *Verifique CM13: ¿Algún nacido vivo en los últimos dos años?* ☐ *No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= "No" o quedó en blanco)* ⇨ *Vaya a HA24.* ☐*Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años.* ⇨ *Continúe con HA14.*		
HA14. *Verifique MN1: Recibió atención prenatal* ☐ *Recibió atención prenatal.* ⇨ *Continúe con HA15* ☐ *No recibió cuidados prenatales* ⇨ *Vaya a HA24*		
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (*nombre*), ¿SE LE BRINDÓ INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE SUS MADRES? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí No No sabe SIDA de la madre……1 2 8 Cosas que hacer……..1 2 8 Hacerse la prueba del SIDA…1 2 8 Se le ofreció una prueba.....1 2 8	
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí .....1 No .....2 No sabe 8	2⇨HA19 8⇨HA19
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	2⇨HA22 8⇨HA22
HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA PUEDEN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	1⇨HA22 2⇨HA22 8⇨HA22
HA19. *Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)?* ☐ *Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C)* ⇨ *Continúe con HA20* ☐ *No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más)* ⇨ *Vaya a HA24*		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DURANTE SU LABOR DE PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí .....1 No 2	2⇨HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí .....1 No 2	

HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Sí .....1 No 2	1⇨HA25

HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses .....1 12-23 meses atrás.....2 Hace 2 o más años 3	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo 3⇨Siguiente módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?	Sí. .....1 No.....2	2⇨HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses .....1 12-23 meses atrás.....2 Hace dos o más años.....3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí. .....1 No.....2 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo 8⇨Siguiente módulo
HA27. ¿CONOCE USTED ALGÚN LUGAR AL QUE LA POBLACIÓN PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí .....1 No.....2	

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		**TA**
TA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS CACHADAS?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA6
TA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨TA6
TA3. ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA6
TA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos..... ___ ___	
TA5. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO POR EJEMPLO, TABACO, PIPA?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA10

TA7. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR?	Sí..... 1 No 2	2⇨TA10
TA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? *Circule todos los productos mencionados.*	Tabaco o puro.....A Cigarrillos.....C Pipa.....D Otros (*especifique*) _____X	
TA9. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA FUMAR? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨TA14
TA11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨TA14
TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR /SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? *Circule todos los productos mencionados.*	Tabaco de mascar.....A Otros (*especifique*) _____X	
TA13. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇨WM11
TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE COÑAC, VODKA, WHISKEY O RON. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨WM11

TA16. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? *Si la entrevistada no tomó ninguno, circule "00".* *Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	No tomó un trago de alcohol en el último mes ..... 00 Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días / casi todos los días..... 30	00⇨WM11
TA17. EN EL ÚLTIMO MES, EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ..... ___ ___	

WM11. *Anote la hora.*	Hora y minutos..... __ __ : __ __	

WM12.*Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*
¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

☐ *Sí ⇨ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.*

☐ *No⇨Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.*

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

MICS

CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE HOMBRES

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOMBRE	MWM
Este cuestionario se deberá aplicar a todos los hombres de 15 a 49 años de edad (véase el Formulario de miembros del hogar, columna HL7A). *Se debe usar un cuestionario separado para cada hombre elegible.*	
MWM1. Código del consultorio: ___ ___ ___	**MWM2**. Número de hogar: ___ ___
MWM3. Nombre del hombre: Nombre_____	**MWM4.**Número de línea del hombre ___ ___
MWM5.Nombre y número de la entrevistadora: Nombre_____ ___ ___	**MWM6**. Día / Mes / Año de la entrevista: ___ ___ / ___ ___ / 201___

Repita el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a este hombre: SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***15*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA.	*Si ya se le leyó a este hombre el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:* AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***15*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ *Sí, se concede permiso ⇨Vaya a MWM10 para anotar la hora y luego comenzar la entrevista.* ☐ *No, no se concede permiso ⇨Circule "03" en MWM7. Discuta el resultado con su supervisor.*	

MWM7. Resultado de la entrevista con el hombre	Completa .....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta .....04 Incapacitado .....05 Otro (*especifique*) _____ 96

MWM8. Supervisado en campo por (nombre y número): Nombre _____ ___ ___	**MWM9**. Digitado por (nombre y número): Nombre_____ ___ ___

MWM10. *Anote la hora.*	Hora y minutos..... __ __ : __ __	

ANTECEDENTES DEL HOMBRE		MWB
MWB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes .....__ __ No sabe el mes.....98 Año ..... __ __ __ __ No sabe el año.....9998	
MWB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? *Indague:* ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? *Compare y corrija MWB1 y/o MWB2 si son inconsistentes*	Edad (en años completos).....__ __	
MWB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	Sí. .....1 No 2	2⇨ Siguiente módulo
MWB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Preescolar .....0 Primaria (00 -06).....1 Secundaria (00 - 03).....2 Obrero Calificado (00 – 05) .....3 Pre Universitario/Técnico (00 – 05).....4 Superior (00 – 07).....5	0⇨ Siguiente módulo
MWB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? *Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"*	Grado.....__ __	

MATRIMONIO/UNIÓN		MMA
MMA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADO O VIVIENDO CON UNA MUJER COMO SI ESTUVIERA CASADO?	Sí, actualmente casado.....1 Sí, viviendo con una mujer.....2 No, no en unión 3	1⇨MMA7 2⇨MMA7
MMA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADO O HA VIVIDO CON UNA MUJER COMO SI ESTUVIERA CASADO?	Sí, casado en el pasado.....1 Sí, vivió con una mujer en el pasado .....2 No 3	3 ⇨Siguiente módulo
MMA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES USTED VIUDO, DIVORCIADO O SEPARADO?	Viudo .....1 Divorciado.....2 Separado.....3	
MMA7. ¿HA ESTADO USTED CASADO O HA VIVIDO CON UNA MUJER SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez.....1 Más de una vez 2	1⇨MMA8A 2⇨MMA8B
MMA8A. ¿EN QUÉ MES Y AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UNA MUJER COMO SI ESTUVIERA CASADO? **MMA8B**. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED POR PRIMERA VEZ O COMENZÓ A VIVIR CON UNA MUJER COMO SI ESTUVIERA CASADO?	Fecha del (primer) matrimonio Mes.....__ __ No sabe en qué mes .....98 Año .....__ __ __ __ No sabe en qué año 9998	⇨ Siguiente módulo
MMA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMERA ESPOSA/ PAREJA?	Edad en años .....__ __	

VIH/SIDA		MHA
MHA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇨ Siguiente módulo
MHA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA MANTENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR OTROS MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
MHA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL BEBÉ: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ LACTANDO O AMAMANTADO?	Sí No NS Durante el embarazo..... 1 2 8 Durante el parto..... 1 2 8 Lactando..... 1 2 8	
MHA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA, PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe / No está seguro / Depende 8	
MHA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe / No está seguro / Depende 8	
MHA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí .....1 No..... 2 No sabe / No está seguro / Depende 8	
MHA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTO A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe / No está seguro / Depende 8	

MHA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇨MHA27
MHA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses ..... 1 12-23 meses atrás ..... 2 Hace dos o más años 3	
MHA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo 8⇨Siguiente módulo
MHA27. ¿CONOCE USTED ALGÚN LUGAR AL QUE LA POBLACIÓN PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí .....1 No..... 2	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA					**MDV**
MDV1A. ¿CONOCE USTED ALGUNA MUJER, QUE HAYA SIDO GOLPEADA POR SU ESPOSO?	Sí. .....1 No 2				
MDV1. A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE HACE LA ESPOSA. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE O PEGUE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:		Sí	No	NS	
[A] ¿SI ELLA LLEGA TARDE SIN AVISARLE?	Llega tarde sin avisarle 1	2	8		
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as 1	2	8		
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....1	2	8		
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a tener relaciones sexuales……1	2	8		
[E] ¿SI ÉL NO SE SIENTE ATENDIDO?	No se siente atendido …….1	2	8		
[F] ¿SI ELLA LE ES INFIEL?	Le es infiel ……1	2	8		

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		MTA
MTA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO A FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS CACHADAS?	Sí..... 1 No 2	2⇨MTA6
MTA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨MTA6
MTA3. ¿FUMA CIGARRILLO ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No 2	2⇨MTA6
MTA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos..... ___ ___	
MTA5. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más, pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
MTA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO POR EJEMPLO, TABACO O PIPA?	Sí..... 1 No 2	2⇨MTA10
MTA7. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR?	Sí..... 1 No 2	2⇨MTA10
MTA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA FUMAR CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? *Circule todos los productos mencionados.*	Tabaco o puro.....A Cigarrillos.....C Pipa.....D Otros (*especifique*)_____ X	
MTA9. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA FUMAR? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
MTA10. ¿ALGUNA VEZ PROBÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR / SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨MTA14
MTA11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR / SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇨MTA14
MTA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR / SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? *Circule todos los productos mencionados.*	Tabaco de mascar.....A Otros (*especifique*)_____ X	

MTA13. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO? *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días/Casi todos los días..... 30	
MTA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇨ MWM11
MTA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE COÑAC, VODKA, WHISKEY O RON. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL Y NO YA UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ___ ___	00⇨ MWM11
MTA16. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? *Si el entrevistado no tomó ningún trago en el último mes, circule "00".* *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.* *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".* *Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"*	No tomó un trago el último mes..... 00 Número de días ..... 0 ___ 10 días o más pero menos de un mes ..... 10 Todos los días / Casi todos los días..... 30	00⇨MWM11
MTA17. EN EL ÚLTIMO MES, EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ..... ___ ___	

MWM11. *Anote la hora.*	Hora y minutos ..... __ __ : __ __	

MWM12.*Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*

¿Es el entrevistado el cuidador de algún niño/a de 0 a 4 años que viva en este hogar?

☐ *Sí ⇨Proceda a completar el resultado de la entrevista con el hombre (MWM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con este entrevistado.*

☐ *No⇨Finalice la entrevista con este entrevistado agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con el hombre (MWM7) en la página de portada.*

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

MICS

CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS

CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS	UF
Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.	
UF1. Código de consultorio: ___ ___ ___	**UF2**. Número de hogar: ___ ___
UF3. Nombre del niño/a: Nombre_____	**UF4**. Número de línea del niño/a : ___ ___
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre_____	**UF6**. Número de línea de la madre/persona encargada: ___ ___
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre_____ ___ ___	**UF8**. Día / Mes / Año de la entrevista: ___ ___ / ___ ___ / 201___

Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado: SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (***nombre del niño/a de UF3***). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***20*** MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	*Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:* ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (***nombre del niño/niña de UF3***) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE ***20*** MINUTOS. TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- ☐ *Sí, se concede el permiso ⇨ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.*
- ☐ *No, no se concede el permiso ⇨ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor.*

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.	Completa .....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Incompleta .....04 Incapacitada .....05 Otro (*especifique*) _____ 96

UF10. Supervisado en campo por (nombre y número): Nombre_____ ___ ___	**UF11**. Digitado por (nombre y número): Nombre _____ ___ ___
UF12. *Anote la hora.*	HORA Y MINUTOS……..……__ __: __ __

EDAD		AG
AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (*nombre*), ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (*nombre*)? *Indague:* ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS? Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también anote el día; de lo contrario, circule 98 para el día. Debe anotar el mes y el año.	Fecha de nacimiento Día ..... __ __ No sabe día .....98 Mes..... __ __ Año ..... 20__ __	
AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (*nombre*)? *Indague*: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (*nombre*) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? ¿ME PUEDE MOSTRAR LA TARJETA DEL MENOR? Anote la edad en años completos. Anote '0' si tiene menos de 1 año. Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no coinciden.	Edad (en años completos) ..... __	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿TIENE O HA TENIDO LA TARJETA DEL MENOR DE (*nombre*)? *Si responde que sí, pregunte* ¿PUEDO VERLA?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No ..... 3 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo 2⇨Siguiente módulo
BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (*nombre*), O HA SOLICITADO LA TARJETA DEL MENOR DE (*nombre*)***?***	Sí ……1 No ..... 2 No sabe 8	1⇨Siguiente módulo
BR3. ¿SABE USTED CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE (*nombre*)?	Sí…..... 1 No 2	

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO		EC
EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (*nombre*)?	Ninguno ..... 00 Número de libros de niños ..... 0 __ Diez o más libros..... 10	
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (*nombre*) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON: [A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, CARROS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)? [B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS? [C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO PLATOS U OLLAS) U OBJETOS ENCONTRADOS EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, PLATOS DE ANIMALES U HOJAS)? Si el entrevistado responde "SÍ" a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.	Sí No NS Juguetes caseros……....1 2 8 Juguetes de tienda……1 2 8 Objetos del hogar u objetos del exterior ……...1 2 8	
EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE SALIR DE CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA DEJÓ A (*nombre*): [A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA? [B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA? Si la respuesta es 'ningún día', escriba' 0'. Si la respuesta es 'no sé', escriba' 8'	Número de días que lo dejó solo durante más de una hora..... __ Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora.. __	
EC4.*Verifique AG2: Edad del niño/a* ☐ *Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇨ Pase al siguiente módulo* ☐ *Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇨ Continúe con EC5*		
EC5. ¿ASISTE (*nombre*) A ALGÚN PROGRAMA EDUCATIVO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO CÍRCULO O JARDÍN INFANTIL, GRADO PREESCOLAR DE ESCUELA PRIMARIA O PROGRAMA EDUCA A TU HIJO?	Sí. ..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

EC7. EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (*nombre*): *Si es "SÍ", pregunte:* ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (*nombre*)? *Circule todas las opciones que apliquen.*		Madre	Padre	Otro	Nadie	
[A] LEYÓ LIBROS A (*nombre*) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (*nombre*)?	Leyó libros	A	B	X	Y	
[B] LE CONTÓ CUENTOS A (*nombre*)?	Contó cuentos	A	B	X	Y	
[C] LE CANTÓ CANCIONES A (*nombre*) O CANTÓ CON (*nombre*), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?	Cantaron canciones	A	B	X	Y	
[D] LLEVÓ A (*nombre*) A PASEAR FUERA DE LA CASA, PATIO U OTRO LUGAR?	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	
[E] JUGÓ CON (*nombre*)?	Jugó	A	B	X	Y	
[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (*nombre*) O CON (*nombre*)?	Nombró/contó	A	B	X	Y	
EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (*nombre*). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (*nombre*). ¿PUEDE (*nombre*) IDENTIFICAR O NOMBRAR AL MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC9. ¿PUEDE (*nombre*) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS POPULARES, SENCILLAS?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC10. ¿SABE (*nombre*) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC11. ¿PUEDE (*nombre*) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC12. ¿SE SIENTE (*nombre*) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					
EC13. ¿PUEDE (*nombre*) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8					

EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (*nombre*) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC15. ¿SE LLEVA (*nombre*) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿(*Nombre*) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE (*nombre*) FÁCILMENTE?, ES DECIR ¿TIENE DIFICULTADES PARA MANTENERSE CONCENTRADO EN UNA ACTIVIDAD O TAREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. *Verifique AG2: Edad del niño/a* ☐ *Edad del niño/a 0, 1 ó 2 ⇨ Continúe con BD2* ☐ *Edad del niño/a 3 ó 4 ⇨Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES*		
BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (*nombre*) ALGUNA VEZ?	Sí. .....1 No.....2 No sabe.....8	2⇨BD4 8⇨BD4
BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí. .....1 No.....2 No sabe.....8	
BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (*nombre*) ALGÚN LÍQUIDO UTILIZANDO UN BIBERÓN?	Sí. .....1 No.....2 No sabe.....8	
BD5. ¿TOMÓ (*nombre*) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. .....1 No.....2 No sabe.....8	
BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (*nombre*) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí. .....1 No.....2 No sabe.....8	
BD7.AHORA QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (*nombre*) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (*nombre*) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR. ¿BEBIÓ (*nombre*) (*nombre del líquido*) AYER DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	Sí No NS	
[A] ¿AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola 1 2 8	
[B] ¿JUGOS NATURALES O EN CONSERVA?	Jugos naturales..... 1 2 8	
[C] ¿CALDO?	Caldo..... 1 2 8	
[D] ¿LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche 1 2 8	
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (*nombre)* LECHE? *Si es 7 o más veces, anote '7'.* *Si es desconocido, anote '8'.*	Número veces bebió leche ..... __	
[E] ¿FÓRMULA DE LECHE PARA BEBÉS (NAN1; NAN2)?	Fórmula de leche 1 2 8	
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (*nombre)* FÓRMULA DE LECHE (NAN1; NAN2)? *Si es 7 o más veces, anote '7'.* *Si es desconocido, anote '8'.*	Número de veces que bebió fórmula ..... __	
[F] ¿ALGÚN OTRO LÍQUIDO? *Especifique*)_____	Otro líquido..... 1 2 8	

BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (*nombre*) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. ESTOY INTERESADA EN SABER SI (*nombre*) INGIRIÓ EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS.

POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.

COMIÓ (*nombre*) AYER (*nombre del alimento*) DE DÍA O DE NOCHE:		Sí	No	NS
[A] ¿YOGURT?	Yogurt	1	2	8
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (*nombre*)? *Si es 7 o más veces, anote '7'. Si es desconocido, anote '8'.*	Número de veces que comió/bebió yogurt....			__
[B] ¿ALGÚN CEREAL PARA NIÑOS A BASE DE (ARROZ, TRIGO, AVENA), EJEMPLO: FORTACHÓN, HARINA LACTEADA, HOJUELAS DE MAÍZ, ETC.?	Fortachón, harina lacteada, etc.	1	2	8
[C] ¿PAN, ARROZ, GALLETAS DE SAL, TRIGO, MAÍZ, AVENA, CHICOTICOS, ESPAGUETIS, CODITOS, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	Pan, arroz, trigo, maíz, avena, chicoticos, etc.....	1	2	8
[D] ¿CALABAZA, ZANAHORIAS, BONIATO QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, boniato, etc.	1	2	8
[E] ¿MALANGAS, PAPAS, ÑAME, YUCA, PLÁTANO VERDE, PLÁTANO BURRO?	Malangas, papas, ñame, plátano verde, etc.....	1	2	8
[F] ¿ACELGA, BERRO, ESPINACA U OTRAS VERDURAS DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS?	Acelga, berro, espinaca	1	2	8
[G] ¿MANGOS MADUROS, FRUTA BOMBA O PAPAYA, CANISTEL?	Mangos maduros, etc.....	1	2	8
[H] ¿ALGUNA OTRA FRUTA COMO: PLATANITO, NARANJA, MAMEY O ZAPOTE, GUANÁBANA, CHIRIMOYA, GUAYABA, MELÓN DE AGUA, TAMARINDO?	Platanito, naranja, etc	1	2	8
[HA] ¿ALGUNA OTRA VERDURA COMO: LECHUGA, COL, HABICHUELA, REMOLACHA, TOMATE, AGUACATE?	Lechuga, col, habichuela	1	2	8
[I] ¿HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VÍSCERAS?	Hígado, riñón, corazón u otras vísceras.....	1	2	8
[J] ¿CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, CHIVO, CARNERO, CONEJO, POLLO O PAVO?	Carne de res, cerdo, chivo, etc.	1	2	8
[K] ¿HUEVOS?	Huevos.....	1	2	8
[L] ¿PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco.....	1	2	8
[M] ¿FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS, GARBANZO, MANÍ, AJONJOLÍ?	Frijoles, chicharos, maní, etc. ..	1	2	8
[N] ¿QUESO, HELADO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE?	Queso, helado.....	1	2	8

[O] ¿CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMISÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (*Especifique*) _____	Cualquier alimento sólido, semisólido o suave	1	2	8	
BD9. *Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")* ☐ *Al menos un "sí" o todo "NS"* ⇨ *Vaya a BD11.* ☐ *Otra cosa* ⇨ *Continúe con BD10*					
BD10. *Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semisólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche.* ☐ *El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe* ⇨ *Vaya al siguiente módulo* ☐ *El niño/a comió al menos un alimento sólido, semisólido o alimento suave mencionado por la entrevistada* ⇨ *Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11*					
BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (*nombre*) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE? *Se refiere a desayuno, almuerzo, meriendas y comida* *Si es 7 o más veces, anote '7'.*	Número de veces ..... __ NS..... 8				
BD12. ¿SE LE AÑADIÓ A ALGUNA COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA, AZÚCAR, MIEL O LE DIO ALGÚN CARAMELO?		Sí	No	NS	
	Azúcar, miel y caramelos	1	2	8	
BD13. ¿SE LE AÑADIÓ A ALGUNA COMIDA SÓLIDA O SEMISÓLIDA, ACEITE, QUESO CREMA, MANTEQUILLA O MAYONESA?	Grasas.....	1	2	8	

INMUNIZACIÓN — IM

Si está disponible la tarjeta de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM20 sólo deben preguntarse si no hay disponible una tarjeta de inmunización.

IM1. ¿TIENE ALGUNA TARJETA EN DONDE ESTÉN ESCRITAS LAS VACUNAS QUE SE LE ADMINISTRARON A (*nombre*)? (*Si la respuesta es "sí", pregunte*) ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?	Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No hay tarjeta 3	1⇨IM3 2⇨IM6
IM2. ¿TUVO ALGUNA VEZ UNA TARJETA DE VACUNACIÓN DE (*nombre*)?	Sí..... 1 No 2	1⇨IM6 2⇨IM6
IM2A. *Recuperado del consultorio*	Sí..... 1 No.....2	

IM3.		Fecha de inmunización								
		Día		Mes		Año				
BCG AL NACER	**BCG**									
HB AL NACER	**H0**									
HB1 *(1 mes, madre positiva HBsAG)*	**H1**									
HB2 *(2 meses, madre positiva HBsAG)*	**H2**									
HB3 *(12 meses, madre positiva HBsAG)*	**H3**									
DPT + HB + HIB *(2 meses)*	**DPTHBH1**									
DPT + HB + HIB *(4 meses)*	**DPTHBH2**									
DPT + HB + HIB *(6 meses)*	**DPTHBH3**									
AM-BC1 *(3 meses)*	**AMBC1**									
AM-BC2 *(5 meses)*	**AMBC2**									
PRS (*1 año*)	**PRS**									
DPT1 *(2 meses, madre + HBsAG)*	**DPT1**									
DPT2 *(4 meses, madre + HBsAG)*	**DPT2**									
DPT3 *(6 meses, madre + HBsAG)*	**DPT3**									
DPT REACTIVACIÓN *(18 meses)*	**DPT_R**									
HIB1 *(2 meses, madre + HBsAG)*	**HIB1**									
HIB2 *(4 meses, madre + HBsAG)*	**HIB2**									
HIB3 *(6 meses, madre + HBsAG)*	**HIB3**									
HIB REACTIVACIÓN *(18 meses)*	**HIB_R**									
POLIO 1 *(campaña del 2 al 9 de marzo 2012 1ra etapa)*	**OPV1**									
POLIO 2 *(campaña del 20 al 27 de abril 2012 2da etapa)*	**OPV2**									
POLIO 3 *(campaña del 1 al 7 de marzo 2013 1ra etapa)*	**OPV3**									
POLIO 4 *(campaña del 19 AL 25 de abril de 2013 2da etapa)*	**OPV4**									

IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿SE LE PUSO A (*nombre*) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN JORNADAS O CAMPAÑAS DE INMUNIZACIÓN? Sí ..... 1 ⇨*Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente al módulo siguiente CUIDADO DE ENFERMEDADES.* No/NS ..... 2 ⇨ *Continúe con el módulo siguiente CUIDADO DE ENFERMEDADES.*		
IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA JORNADA O CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	2⇨Siguiente módulo 8⇨Siguiente módulo
IM7. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
IM8. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ "UNA VACUNA EN GOTAS VÍA ORAL" PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	2⇨IM11 8⇨IM11
IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ (*nombre*) LA VACUNA CONTRA LA POLIO? *Indague para no confundir campaña con dosis.*	Número de veces..... __	
IM11. ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (*nombre*) "INYECCIONES DE LA VACUNA DPT + HB +HIB" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO – CONOCIDA COMO PENTAVALENTE, PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA, LA DIFTERIA, LA HEPATITIS B Y NEUMONÍAS Y MENINGITIS CAUSADAS POR EL HAEMOPHILUS INFLUENZAE B? *Indague e indique que la vacuna Pentavalente se pone a los 2 meses, a los 4 y a los 6 meses de edad*	Sí..... 1 No ..... 2 NS 8	2⇨IM13 8⇨IM13
IM12. ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA DPT + HB +HIB A (*nombre*)?	Número de veces..... __	
IM13. ¿SE LE DIO A (*nombre*) ALGUNA VEZ INYECCIÓN DE HEPATITIS B – ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO – PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?	Sí..... 1 No ..... 2 NS 8	2⇨IM15A 8⇨IM15A
IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	
IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B? *Indague e indique que la vacuna contra la Hepatitis B se pone al nacer para todos los niños y al mes,, a los 2 y a los 12 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis B*	Número de veces..... __	

IM15A. ¿SE LE DIO A (*nombre*) ALGUNA VEZ UNA INYECCIÓN DE HIB; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR NEUMONÍAS Y MENINGITIS CAUSADAS POR EL HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	 2⇨IM16 8⇨IM16
IM15B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HIB?	Número de veces..... __	
IM16. ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA VEZ "INYECCIONES DE VACUNA CONTRA LA PAPERA, RUBÉOLA Y SARAMPIÓN" O PRS – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS?	Sí..... 1 No ..... 2 NS 8	
IM17. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) "INYECCIONES DE LA VACUNA DPT" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO PARA PREVENIR LA DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS *Indague e indique que la vacuna DPT se pone a los 2, 4 y 6 meses de edad en niños cuyas madres fueron positivas al antígeno de la Hepatitis By a los 18 meses para todos los niños*	Sí..... 1 No ..... 2 NS 8	 2⇨IM19 8⇨IM19
IM18. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA DPT?	Número de veces..... __	
IM19. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (*nombre*) "INYECCIONES DE LA VACUNA AM-BC" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO CONTRA EL MENINGOCOCO B Y C *Indague e indique que la vacuna AM-BC se pone a los 3 y 5 meses de edad*	Sí..... 1 No ..... 2 NS 8	 2⇨Siguiente módulo 8⇨Siguiente módulo
IM20. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA AM-BC?	Número de veces..... __	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. *¿TUVO (*nombre*) DIARREA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?*	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA6A 8⇨CA6A
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (*nombre*) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUSO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (*nombre*) TUVO DIARREA, ¿LE DIO DE BEBER MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? *Si bebió "menos", indague*: ¿LE DIÓ MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 No se le dio nada para tomar ..... 5 No sabe 8	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (*nombre*) ESTUVO CON DIARREA, ¿LE DIÓ DE COMER MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIÓ NADA? Si responde "menos", indague: ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos ..... 1 Un poco menos ..... 2 Casi lo mismo ..... 3 Más ..... 4 Suspendió la comida ..... 5 Nunca se le dio de comer ..... 6 No sabe 8	
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA DE ALGUNA FUENTE?	Sí. ..... 1 No ..... 2 No sabe 8	 2⇨CA4 8⇨CA4
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Hospital ..... A Policlínico ..... B Consultorio del Médico de la Familia ..... C Médico pariente, vecino/a o amigo/a ..... D Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a E Otro público (*especifique*)_____ H Otras fuentes Pariente / amigo/a no médico ..... P Tienda ..... Q Curandero/a ..... R Otro (*especifique*) _____ X	

CA4. ¿DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A TOMAR A (*nombre*): [A] UN LÍQUIDO PREPARADO CON SALES QUE VIENE EN UN PAQUETE LLAMADO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL? [B] ALGÚN FLUIDO DE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL PRE-ENVASADO PARA DIARREA? Especifique el nombre del fluido pre-envasado _____	Sí No NS Fluido de Sales de Rehidratación Oral en Paquete ..... ….1 2 8 Fluido de Sales de Rehidratación Oral pre-envasado ..... ……...1 2 8	
CA4A.*Verifique CA4: SRO* ☐ *Al niño/a se le dió algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇨ Continúe con CA4B* ☐ *Al niño/a no se le dio ningún SRO⇨Vaya a CA4C*		
CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL? Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Farmacia.....10 Hospital.....11 Policlínico .....12 Consultorio del Médico de la Familia ....13 Médico pariente, vecino/a o amigo/a ....14 Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a15 Otro público (*especifique*)_____ 16 Otra fuente Pariente / amigo/a no médico.....31 Tienda .....32 Curandero/a.....33 Ya lo tenía en casa.....40 Otro (*especifique*).....96	
CA4C. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (*nombre*) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS: [A] TABLETAS DE ZINC? [B] JARABE DE ZINC?	Sí No NS Tabletas de zinc 1 2 8 Jarabe de zinc 1 2 8	

CA4D.*Verifique CA4C: ¿Se le dio zinc?* ☐ *Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C)⇨ Continúe con CA4E* ☐*Al niño/a no se le dio zinc⇨Vaya a CA5*		
CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Farmacia.....10 Hospital.....11 Policlínico .....12 Consultorio del Médico de la Familia ....13 Médico pariente, vecino/a o amigo/a ....14 Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a15 Otro público (*especifique*)_____ 16 Otra fuente Pariente / amigo/a no médico.....31 Tienda .....32 Curandero/a.....33 Ya lo tenía en casa .....40 Otro (*especifique*).....96	
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí. .....1 No.....2 No sabe 8	 2⇨CA6A 8⇨CA6A
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? *Indague*: ¿ALGO MÁS? *Circule todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.* _____ (Nombre)	Pastilla o jarabe Antibiótico..... A Antiespasmódico ..... B Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)..... G No sabe tipo de pastilla o jarabe..... H Inyección Antibiótica.....L No antibiótica.....M No sabe tipo de inyección ..... N Intravenosa.....O Remedio casero / medicina a base de hierbas.....Q Otros (*especifique*) _____ X	
CA6A. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (*nombre*) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?	Sí. .....1 No.....2 No sabe 8	
CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (*nombre*) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?	Sí. .....1 No.....2 No sabe 8	 2⇨CA9A 8⇨CA9A
CA8. CUANDO (*nombre*) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	Sí. .....1 No.....2 No sabe 8	 2⇨ CA10 8⇨ CA10

CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O ESTAR RESFRIADO?	Problema en el pecho solamente.....1 Nariz tapada o que moquea solamente .....2 Ambos .....3 Otros (*especifique*) _____ 6 No sabe 8	1⇨ CA10 2⇨ CA10 3⇨ CA10 6⇨ CA10 8⇨ CA10
CA9A. *Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?* ☐ *El niño/a tuvo fiebre ⇨ Continúe con CA10* ☐ *El niño/a no tuvo fiebre⇨ Vaya a CA14*		
CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE ALGUNA FUENTE?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨CA12 8⇨CA12
CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Hospital..... A Policlínico ..... B Consultorio del Médico de la Familia ..... C Médico pariente, vecino/a o amigo/a ..... D Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a E Otro público (*especifique*)_____ H Otras fuentes Pariente / amigo/a no médico..... P Tienda ..... Q Curandero/a ..... R Abuela..... S Otro (*especifique*)_____ X	
CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (*nombre*) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí. .....1 No .....2 No sabe 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (*nombre*)? *Indague:* ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote los nombres comerciales de todos los medicamentos que se mencionen. _____ (Nombre)	Antibióticos Pastilla / Jarabe .....I Inyección .....J Otros medicamentos: Paracetamol/Duralgina/Acetaminofeno.. P Aspirina..... Q Ibuprofeno ..... R Otro (*especifique*) _____ X No sabe .....Z	
CA13A.*Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I ó J)?* ☐ *Sí ⇨ Continúe con CA13B* ☐ *No⇨ Pase a CA14*		

CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (*nombre del medicamento en* CA13)? Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Farmacia.....10 Hospital.....11 Policlínico .....12 Consultorio del Médico de la Familia ....13 Médico pariente, vecino/a o amigo/a ....14 Enfermera pariente, vecino/a o amigo/a15 Otro público (*especifique*)_____ 16 Otra fuente Pariente / amigo/a no médico.....31 Tienda .....32 Curandero/a .....33 Ya lo tenía en casa.....40 Otro (*especifique*)_____ 96	
***CA14**. Verifique AG2: ¿Edad del niño/a?* ☐ *Niño/a de 0,1 ó 2 años ⇨ Continúe con CA15* ☐ *Niño/a de 3 ó 4 años ⇨ Pase a UF13*		
CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE *(nombre)* HIZO CACA, ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN (CACA)?	El niño usó el inodoro / letrina.....01 Se botó en el inodoro o letrina .....02 Se botó en el desagüe o vertedero.....03 Se botó en la basura (residuo sólido) .....04 Se enterró.....05 Se dejó al aire libre.....06 Otro (*especifique*)_____ 96 No sabe 98	

UF13. *Anote la hora.*	Hora y minutos.....__ __ : __ __	

UF14.*Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.*
¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?

☐ *Sí ⇨ Indíquele a la entrevistada que más tarde se medirán el peso y la talla del niño/a.*
Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada

☐ *No ⇨ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígale más tarde se medirán el peso y la talla del niño/a.*

Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, de hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

Observaciones del medidor

MICS

MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA
CUBA

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS	**UF**
UF1. Código de consultorio: ___ ___ ___	**UF2**. Número de hogar: ___ ___
UF3. Nombre del niño/a: Nombre_____	**UF4**. Número de línea del niño/a : ___ ___
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre_____	**UF6**. Número de línea de la madre/persona encargada: ___ ___
AG1. Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año ___ ___ / ___ ___ / 20___ ___	**AG2.** Edad del niño/a: _____
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: _____ ___ ___	

ANTROPOMETRÍA		**AN**
Una vez que los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el especialista pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.		
UF8A. *Día / Mes / Año de realizada la medición:* ___ ___ / ___ ___ / 201___		
AN1.*Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:*	Nombre _____ ___ ___	
AN2.*Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso*	Se midió una o ambas ..... 1 El niño/ la niña no estaba presente ..... 2 El niño/ la niña o la persona encargada se negó ..... 3 Otro (*especifique*) _____ 6	 2⇨AN6 3⇨AN6 6⇨AN6
AN3.*Peso del niño/a*	Kilogramos (kg)..... __ __ . __ No se midió el peso 99.9	
AN3A. *¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?* *Sí* ..... 1 *No, no se pudo desvestir al mínimo* 2		
AN3B.Verifique la edad del niño/a en AG2: ☐ Niño/a menor de 2 años. ⇨ Medir la talla (acostado). ☐ Niño/a de 2 años o más. ⇨ Medir la talla (de pie).		
AN4. *Talla/estatura (cm) del niño/a*	Talla/estatura…….. __ __ __ . __ No se midió la Talla/estatura 999.9	 ⇨AN6
AN4A. *¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?*	Acostado ..... 1 De pie..... 2	
AN6. ¿Hay otro niño/a en la Guía de Visita de Antropometría de este hogar que sea elegible para ser medido? ☐ Sí ⇨ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a. ☐ *No ⇨ Verifique en la Guía de Visita de Antropometría si hay otros niños para pesar y medir.*		