

# SECCION 7. FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA - PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS -

## EMBARAZOS - CONTROL DEL ULTIMO EMBARAZO O DEL ACTUAL SI ESTA EMBARAZADA

SEÑOR ENCUESTADOR: Si la persona entrevistada es mujer y está entre 15 y 49 años de EDAD, anote el código 1 y siga con la entrevista, de lo contrario, anote 2 y PASE A LA SIGUIENTE SECCION	Está USTED ACTUALMENTE EMBARAZADA ?		Hasta la fecha, CUANTOS EMBARAZOS en total ha tenido USTED ?	En que año tuvo USTED su ULTIMO EMBARAZO ?	A los cuántos meses de embarazo se hizo CONTROLAR POR PRIMERA VEZ ?	CUANTAS VECES se hizo controlar en su último embarazo ?	En su último embarazo, por QUIEN se hizo controlar ?	DONDE se hizo controlar la mayor parte de veces en su último embarazo ?	Durante su último embarazo, le vacunaron a usted contra el TETANOS ?	
	COD	MESES	NUMERO	AÑO	MESES	VECES			COD	VECES
Si.....1 No.....2 SIG. SECCION	Si.....1 No.....2 Cuántos meses lleva de embarazo?	Si nunca estuvo ni está embarazada = 00 ..... > 18	Antes de 1992 ..... > 11	- No se controla todavía.....11 - No se hizo controlar.....12 ..... > 9			Médico.....1 Obstetrix.....2 Comadrona o partera.....3 Enfermera o auxiliar.....4 Otro, cuál ?.....5	Hospital, maternidad del MSP, IESS, FFAA, ISSPOL, JBG, PSJ.....1 Centro de salud del MSP, IESS, FFAA, JBG, PSJ.....2 Subcentro, dispensario del MSP, IESS, FFAA, JBG, PSJ.....3 Clínica o consultorio particular.....4 Casa de comadrona o de partera.....5 En su casa.....6 Otro, cuál ?.....7	Si.....1 No.....2 Cuántas veces ?	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

## SECCION 7. FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA

- PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS -

(Continuación)

GASTOS		NACIDOS VIVOS				ATENCIÓN DEL PARTO			GASTOS						
En su ÚLTIMO EMBARAZO, pagó dinero por concepto de CONSULTAS, CHEQUEOS, MEDICAMENTOS, VITAMINAS, EXÁMENES u OTROS GASTOS ?		En total, cuántos hijos e hijas NACIDOS VIVOS ha tenido USTED ?		De todos sus hijos, cuántos están VIVOS ACTUALMENTE ?		En qué año y mes tuvo usted su ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO ?		En su ÚLTIMO PARTO por QUIEN se hizo ATENDER ?		DONDE le atendieron en su ÚLTIMO PARTO ?		Su ÚLTIMO PARTO fue :		El su último PARTO, PAGO usted DINERO por la atención, medicamentos, exámenes, cesárea, hospitalización y otros gastos ?	
Si.....1 No.....2		NINGUNO = 00 ..... > 18		NINGUNO = 00		ANTES DE 1992 ..... > 18		Médico.....1 Obstetiz.....2 Comadrona o partera...3 Enfermera o auxiliar....4 Familiar.....5 Usted misma.....6 Otro, cuál ?.....7		Hospital, maternidad del MSP, IEES, FFAA, ISSPOL, JBG, PSJ.....1 Centro de salud del MSP, IEES, FFAA, JBG, PSJ.....2 Subcentro, dispensario del MSP, IEES, FFAA, JBG, PSJ.....3 Clínica, consultorio particular.....4 Casa de comadrona o partera.....5 En su casa.....6 Otro, cuál ?.....7		Normal sin ninguna complicación?.....1 Normal con complicaciones?.....2 Por cesárea ?.....3		Si.....1 No.....2	
Cuánto ?		NUMERO		NUMERO		AÑO MES						Cuánto ?			
COD	MONTO														
	10	11		12		13		14		15		16		17	
01															01
02															02
03															03
04															04
05															05
06															06
07															07
08															08
09															09
10															10
11															11
12															12

SECCION 7. FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA - PARA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS -						OBSERVACIONES	
<b>PREVENCIÓN DEL CÁNCER</b> Se ha hecho USTED alguna vez el examen de PAPANICOLAOU ?  <div> <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div> <div>----- &gt; 20</div> </div>		<b>CONTRACONCEPCIÓN</b> CONOCE o ha oído de algún MÉTODO de planificación familiar o para no quedarse embarazada ?  <div> <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div> <div>SIGUIENTE SECCION</div> </div>		<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b> UTILIZA usted algún MÉTODO para no quedarse embarazada ?  <div> <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div> <div>SIGUIENTE SECCION</div> </div>		Qué MÉTODO utiliza ?  - Ritmo (calendario).....1 - Retiro (coito interrumpido) .....2 - Píldora .....3 - DIU (aspiral, T de cobre etc.) .....4 - Condón .....5 - Inyección .....6 - Métodos vaginales .....7 - Vasectomía .....8 - Uteradura .....9 - Implantes .....10 - Otro, cuál ?.....11	
AÑO		MES					
18	19	20	21	22			
01					01		
02					02		
03					03		
04					04		
05					05		
06					06		
07					07		
08					08		
09					09		
10					10		
11					11		
12					12		

**SECCION B. APENDICE DE LA PARTE A. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS PREPARADOS FUERA DEL HOGAR - PARA PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS.**

**COMIDAS Y BEBIDAS PREPARADAS FUERA DEL HOGAR**

Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en desayunos preparados fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en almuerzos preparados fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en meriendas y cenas preparadas fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en hamburguesas, hot-dogs, sandwiches preparados fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en helados, golosinas y confites consumidos fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en bebidas gaseosas, agua mineral, agua sin gas, yogurt, jugos, etc. consumidos fuera del hogar?		Durante la SEMANA PASADA, USTED realizó gastos de dinero en otros platos u otras comidas preparados fuera del hogar?	
Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2		Si.....1 No.....2	
Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?		Cuánto gastó en total ?	
COD.	MONTO	COD.	MONTO	COD.	MONTO	COD.	MONTO	COD.	MONTO	COD.	MONTO	COD.	MONTO
1	2	3	4	5	6	7							
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

# SECCION 2. REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

MIEMBROS DEL HOGAR	SEXO	EDAD	PARENTESCO
Registre el nombre de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar:	Hombre .....1	Cuántos años cumplidos tiene .....?	Cuál es el parentesco de con el JEFE DE ESTE HOGAR ?
	Mujer .....2	<div>Menos de 5 años cumplidos, anote años y meses</div>	JEFE.....1 Esposa (o) / Conviviente.....2 Hijo - Hija.....3 Yerno - Nuera.....4 Nieto - Nieta.....5 Padre - Madre.....6 Suegros.....7 Hermanos.....8 Cuñados.....9 Otros parientes.....10 Empleados Domésticos y sus familiares.....11 Pensionistas.....12 Otros no parientes.....13
	AÑOS MESES		15 años y más --- > 5 Menores 15 años -- > 7

CP.	1	2	3	4
01				1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

ESTADO CIVIL		NUCLEOS FAMILIARES																	
<b>Sólo personas de 15 años y más</b>  Actualmente, cuál es su ESTADO CIVIL o CONYUGAL ?  Unión Libre.....1 Casado.....2 Soltero.....3 Separado.....4 Divorciado.....5 Viudo.....6		Su esposa(o) o conviviente vive en este Hogar ?  SI.....1 NO.....2		El PADRE de ..... vive en este Hogar ?  SI.....1 ----->10 NO.....2		El nivel de estudios más alto alcanzado por el PADRE de ..... es o fue: - Primario ?.....1 - Secundario ?.....2 - Superior ?.....3 - Ninguno ?.....4 - No sabe ?.....5 Cuál fue el grado, curso o año más alto que aprobó ?		Durante la mayor parte de su vida, el PADRE de ..... es o fue: - Obrero o Empleado ? .....1 - Jornalero o Peón ? .....2 - Patrón o Empleador ? .....3 - Cuenta Propia ? .....4 - Trabajador de su propia finca ? .....5 - Empleado Doméstico ? .....6 - Quehaceres del Hogar ? .....7 - Rentista ? .....8 - No sabe ? .....9		La MADRE de ..... vive en este Hogar ?  SI.....1 PASE A SECCION 3 NO.....2		El nivel de estudios más alto alcanzado por la MADRE de ..... es o fue: - Primario ?.....1 - Secundario ?.....2 - Superior ?.....3 - Ninguno ?.....4 - No sabe ?.....5 Cuál fue el grado, curso o año más alto que aprobó ?		Durante la mayor parte de su vida, la MADRE de ..... es o fue: - Obrera o Empleada ? .....1 - Jornalero o Peón ? .....2 - Patrón o Empleador ? .....3 - Cuenta Propia ? .....4 - Trabajadora de su propia finca ? .....5 - Empleada Doméstica ? .....6 - Quehaceres del Hogar ? .....7 - Rentista ? .....8 - No sabe ? .....9					
CODIGO		COD. PERSONA		CODIGO		COD. PERSONA		COD. NIVEL		NUMERO		CODIGO		COD. PERSONA		COD. NIVEL		NUMERO	
5		6		7		8		9		10		11		12					
																		01	
																		02	
																		03	
																		04	
																		05	
																		06	
																		07	
																		08	
																		09	
																		10	
																		11	
																		12	



# **SEGUNDA RONDA**

## **SECCIONES**

**8 A 10**

# CONTROL DE LAS ENTREVISTAS - 2

1. SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA														SIGLAS									
NOMBRE DEL ENCUESTADOR:														EC: Entrevista Completa EE: Entrevista Efectiva EI: Entrevista Incompleta				NC: Nueva Cita NEC: Nadie en Casa R: Reentrevista				RE: Rechazo VC: Visita Complementaria VN: Visita Normal	
VISITA	FECHA			VISITA			RESULTADO				TIEMPO		TIPO		PENDIENTE Qué Secciones o personas faltan por diligenciar ?	FECHA NUEVA CITA			FECHA ENTREGA AL SUPERVISOR			OBSERVACIONES	
	Mes	Día	Hora	VN	R	VC	EE ( -- 5)	RE ( -- 9)	NC ( -- 8)	NEC ( -- 9)	HORA INICIAL	HORA FINAL	Completa ( -- 9)	Incompleta ( -- 7)		Mes	Día	Hora	Mes	Día	Hora		
1	2			3			4				5		6		7	8			9			10	
1a.																							
2a.																							
3a.																							
4a.																							
5a.																							

NOMBRE DEL SUPERVISOR:																	
A. CHEQUEO DEL FORMULARIO																	
No. DE VISITAS DEL ENCUESTADOR	FECHA RECIBO			FECHA REVISION FORMULARIO			RESULTADO			Razones de Aceptación Parcial (AP) y de No Aceptación (NA)				FECHA DEVOLUCION AL ENCUESTADOR			
	Mes	Día	Hora	Mes	Día	Hora	AT ( -- 6)	AP ( -- 5)	NA ( -- 5)	SIGLAS: AT: Aceptación Total AP: Aceptación Parcial NA: No Aceptación				Mes	Día	Hora	
1	2			3			4			5				6			
1a.																	
2a.																	
3a.																	
4a.																	
5a.																	

B. ENTREVISTAS DEL SUPERVISOR							
No. DE VISITA	FECHA RECIBO			RAZON DE LA VISITA		RESULTADOS	ACCIONES
	Mes	Día	Hora	Aplicación S2	OTRA RAZON, CUAL ?		
1	2			3		4	5
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							

C. RESUMEN DEL CONTROL (PARA DIGITACION)						
RONDA	#VT	#VD	#VN	#R	#VC	#EE
#RE	#NC	#NEC	TOTAL HORAS	TOTAL MINUTOS	#EC	
#EI	#CH	#AT	#AP	#NA	#VIS	#S2

Para el correcto diligenciamiento de esta sección favor consultar las instrucciones correspondientes en el manual del supervisor