

# CUESTIONARIOS

## APÉNDICE F

### **MICS** EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES POR CONGLOMERADOS, MICS 2014 **CUESTIONARIO DE HOGAR**

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR	
<b>HH1.</b> Número de conglomerado: _____	<b>HH2.</b> Número de hogar: _____
<b>HH3.</b> Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	<b>HH4.</b> Nombre y número del supervisor: Nombre _____
<b>HH5.</b> Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / 2014	<b>HH6.</b> Área: Urbana.....1 Rural.....2
<b>HH7.</b> Región: Occidente..... 1 Central..... 2 Metropolitana..... 3 Para Central..... 4 Oriental..... 5	<b>HH7A.</b> Departamento: Santa Ana..... 1 Ahuachapán..... 2 Sonsonate..... 3 Chalatenango..... 4 La Libertad..... 5 San Salvador..... 6 Cuscatlán..... 7 La Paz..... 8 San Vicente..... 9 Cabañas..... 10 Usulután..... 11 San Miguel..... 12 Morazán..... 13 La Unión..... 14
<p>SOMOS DE DIGESTYC Y MINSAL 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 <b>45</b> MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA. ¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '04' en HH9. Discuta el resultado con su supervisor.</p>	
<b>HH9.</b> Resultado de la entrevista del hogar: Completada ..... 0 Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar ..... 0 Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo ..... 0 Rechazada ..... 0 Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda..... 0 Vivienda destruida..... 0 No se encontró la vivienda..... 0 Otra (Especificar) _____	

<i>Después de haber completado el cuestionario del hogar, llene la siguiente información:</i>	
<b>HH10.</b> Entrevistado/a de la Encuesta de Hogares: Nombre _____	
<b>HH11.</b> Número total de miembros del hogar: _____	
<b>HH12.</b> Número de mujeres de 15 a 49 años: _____	
<b>HH14.</b> Número de niños/as menores de 5 años: _____	

<b>HH16.</b> Nombre y número del editor de campo: Nombre _____
---

<i>Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información</i>	
<b>HH13.</b> Número de cuestionarios de mujer completados:	_____
<b>HH15.</b> Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados:	_____

<b>HH17.</b> Nombre y número del digitador de ingreso de datos principales: Nombre _____
---

				Para mujeres de 15 a 49 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) HOMBRE O MUJER?  1 Hombre 2 Mujer	HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)?  Anote en años si la edad es de 95 o más, anote '95'.	HL7. Círcule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años.	HL7B. Círcule el número de línea si la edad es de 0 a 4 años.	HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE EN ESTA CASA? Si es "Sí", guarde el número de línea de la madre y vaya a HL13. Si es "No", anote 00.	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA?	HL14A. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL15. Guarde el número de línea de la madre desde HL12 si así se indica. Si HL12 está vacío o "00" pregunte: ¿QUÉ ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (nombre)?
Linea	Nombre	Relación*	H M	Mes	Edad	15-49	0-4	S N NS	Madre	1 2 3 8	1 2 3 8	S N NS	Padre	1 2 3 8	Madre
01		0 1	1 2	— —	— —	01	01	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
02		— —	1 2	— —	— —	02	02	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
03		— —	1 2	— —	— —	03	03	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
04		— —	1 2	— —	— —	04	04	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
05		— —	1 2	— —	— —	05	05	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
06		— —	1 2	— —	— —	06	06	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
07		— —	1 2	— —	— —	07	07	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
08		— —	1 2	— —	— —	08	08	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
09		— —	1 2	— —	— —	09	09	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —
10		— —	1 2	— —	— —	10	10	1 2 8	— —	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 8	— —	1 2 3 8	— —

Para niños/as de 0 a 17 años										Para niños/as de 0-14 años				
HL1. Número de línea	HL2. Nombre	HL3. ¿CUAL ES LA RELACIÓN DE PAREN- TESCO DE (nombre) CON EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nomb re) HOMB R E O MUJER ?	HL5. ¿CUAL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL6. ¿CUANTOS AÑOS TIENE (nombre)?	Para mujeres 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					
						HL7. ¿CUAL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL7B. ¿CUAL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA? "Si", "No" o "00"	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA?	HL14A. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL15. ¿GUARDE EL NÚMERO DE LA LÍNEA DE LA MADRE DESDE HL12 SI ASÍ SE INDICA. SI HL12 ESTÁ VACÍO O "00" PREGUNTE: ¿QUIÉNES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (nombre)?

EDUCACIÓN										ED									
Para miembros del hogar de 5 años de edad y mayores										Para miembros del hogar de 5 a 24 años									
ED1. Número de línea	ED2. Nombre y edad  Copia de HL2 y HL6	ED3. ¿ASISTIÓ (nombre) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O AL PARVULARIA?	ED4A. ¿CUÁL FUE EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre)?	ED4B. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE (nombre) COMPLETÓ DE ESE NIVEL?	ED5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA, PARVULARIA O UNIVERSIDAD EN ALGUN MOMENTO?	ED6. DURANTE ESTE/ESE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?	ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿SE DECIRÍA 2013, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PREESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?	ED8. DURANTE ESE AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (nombre)?											
		1 Si 2 No Siguió línea	Nivel: 10 Parvularia 11 Primaria (1°-6° grado) 12 Secundaria (Tercer ciclo/ 7°, 8°, 9° grado) 13 Bachillerato General 14 Bachillerato Vocacional 15 Superior no universitaria 16 Superior universitario 17 Especial 98 NS Si el nivel es=10, vaya a ED5	Grado: 98 NS Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00".	1 Si 2 No ED7	Nivel: 10 Parvularia 11 Primaria (1°-6° grado) 12 Secundaria (Tercer ciclo/ 7°, 8°, 9° grado) 13 Bachillerato General 14 Bachillerato Vocacional 15 Superior no universitaria 16 Superior universitario 17 Especial 98 NS Si el nivel es=10, vaya a ED7	Nivel: 10 Parvularia 11 Primaria (1°-6° grado) 12 Secundaria (Tercer ciclo/ 7°, 8°, 9° grado) 13 Bachillerato General 14 Bachillerato Vocacional 15 Superior no universitaria 16 Superior universitario 17 Especial 98 NS Si el nivel es=10, vaya a la siguiente línea.	Grado: 98 NS											
Línea	Nombre	Edad	Si	No	Nivel	Grado	Si	No	Nivel	Grado	S	N	NS	Nivel	Grado				
01			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
02			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
03			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
04			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
05			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
06			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
07			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
08			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
09			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
10			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
11			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
12			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
13			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
14			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					
15			1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	10 11 12 13 14 15 16 17 98		1	2	8	10 11 12 13 14 15 16 17 98					

SELECCIÓN DE UN NIÑO/A PARA TRABAJO INFANTIL/DISCIPLINA INFANTIL					SL																																																																																															
<b>SL1.</b> Verifique HL6 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 1-17 años.				Número total ..... —																																																																																																
<b>SL2.</b> Verifique el número total de niños/as de 1-17 años en SL1:																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Cero ⇒ Vaya al módulo de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Uno ⇒ Vaya a SL9 y anote el número de orden como '1', ingrese el número de línea, el nombre y la edad del niño/a																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Dos o más ⇒ Continúe con SL2A																																																																																																				
<b>SL2A.</b> Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 17 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 17 años de edad. Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">SL3. Número de orden</th> <th style="width: 10%;">SL4. Número de línea de HL1</th> <th style="width: 30%;">SL5. Nombre de HL2</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">SL6. Sexo de HL4</th> <th style="width: 10%;">SL7. Edad de HL6</th> </tr> <tr> <th>Orden</th> <th>Línea</th> <th>Nombre</th> <th>M</th> <th>F</th> <th>Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>2</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>3</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>4</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>5</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>6</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>7</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> <tr><td>8</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr> </tbody> </table>						SL3. Número de orden	SL4. Número de línea de HL1	SL5. Nombre de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Edad de HL6	Orden	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	— —																																			
SL3. Número de orden	SL4. Número de línea de HL1	SL5. Nombre de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Edad de HL6																																																																																															
Orden	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	— —																																																																																															
<b>SL8.</b> Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Este es el número de la fila a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.																																																																																																				
Verifique el número total de niños/as (1-17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.																																																																																																				
Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden (SL3) del niño/a seleccionado.																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Último dígito del número de hogar (de HH2)</th> <th colspan="7">Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2</th> <th style="width: 10%;">3</th> <th style="width: 10%;">4</th> <th style="width: 10%;">5</th> <th style="width: 10%;">6</th> <th style="width: 10%;">7</th> <th style="width: 10%;">8+</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>6</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>7</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr><td>8</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>6</td><td>4</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>7</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>						Último dígito del número de hogar (de HH2)	Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)							2	3	4	5	6	7	8+	0	2	2	4	3	6	5	4	1	1	3	1	4	1	6	5	2	2	1	2	5	2	7	6	3	1	2	3	1	3	1	7	4	2	3	4	2	4	2	8	5	1	1	1	3	5	3	1	6	2	2	2	4	6	4	2	7	1	3	3	5	1	5	3	8	2	1	4	1	2	6	4	9	1	2	1	2	3	7	5
Último dígito del número de hogar (de HH2)	Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)																																																																																																			
	2	3	4	5	6	7	8+																																																																																													
0	2	2	4	3	6	5	4																																																																																													
1	1	3	1	4	1	6	5																																																																																													
2	2	1	2	5	2	7	6																																																																																													
3	1	2	3	1	3	1	7																																																																																													
4	2	3	4	2	4	2	8																																																																																													
5	1	1	1	3	5	3	1																																																																																													
6	2	2	2	4	6	4	2																																																																																													
7	1	3	3	5	1	5	3																																																																																													
8	2	1	4	1	2	6	4																																																																																													
9	1	2	1	2	3	7	5																																																																																													
<b>SL9.</b> Registre el número de orden (SL3), número de línea (SL4), nombre (SL5) y edad (SL7) del niño/a seleccionado				Número de orden ..... — Número de línea ..... — — Nombre ..... Edad ..... — —																																																																																																

TRABAJO INFANTIL		CL															
<b>CL1.</b> Verifique la edad del niño/a seleccionado de SL9: <input type="checkbox"/> 1-4 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> 5-17 años ⇒ Continúe con CL2																	
<b>CL2.</b> AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE ALGÚN TIPO DE TRABAJO QUE REALICEN LOS NIÑOS/AS DE ESTE HOGAR. DESDE EL ÚLTIMO ( <i>día de la semana anterior</i> ), REALIZÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, AUNQUE SEA SÓLO DURANTE UNA HORA?  <b>[A]</b> TRABAJÓ ( <i>nombre</i> ) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?  <b>[B]</b> AYUDÓ ( <i>nombre</i> ) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN REMUNERACIÓN, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?  <b>[C]</b> PRODUJO O VENDIÓ ( <i>nombre</i> ) ARTÍCULOS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS EN TIENDA O FORMA AMBULATORIA?  <b>[D]</b> DESDE EL ÚLTIMO DÍA DE LA SEMANA ( <i>día de la semana anterior</i> ), SE INVOLUCRÓ ( <i>nombre</i> ) EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIES, INCLUSO DURANTE SÓLO UNA HORA? <i>Si "No", indague:</i> POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD (POR EJEMPLO: LIMPIEZA DE PARABRISAS, ACTOS DE MALABARISMO POR DINERO EN LOS SEMÁFOROS, VENTA AMBULANTE DE PRODUCTOS) QUE ( <i>nombre</i> ) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Alguna otra actividad .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales .....	1	2	Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio	1	2	Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas.....	1	2	Alguna otra actividad .....	1	2	
	Sí	No															
Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales .....	1	2															
Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio	1	2															
Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas.....	1	2															
Alguna otra actividad .....	1	2															
<b>CL3.</b> Verifique CL2, A a D <input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ continúe con CL4 <input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya a CL8																	
<b>CL4.</b> DESDE EL ÚLTIMO ( <i>día de la semana anterior</i> ) ALREDEDOR DE CUÁNTAS HORAS SE INVOLUCRÓ ( <i>nombre</i> ) EN ESTA/S ACTIVIDAD EN TOTAL? <i>Si es menos de una hora, anote "00".</i>	Número de horas .....																
<b>CL5.</b> ¿ESTA ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE UNA GRAN CARGA DE PESO?	Sí.....1 No.....2	1 ⇒ CL8															
<b>CL6.</b> ESTA ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE TRABAJO CON HERRAMIENTAS PELIGROSAS (CUCHILLOS, MACHETES, CUMAS, ETC.) U OPERAR MAQUINARIA PESADA?	Sí.....1 No.....2	1 ⇒ CL8															

<b>CL7. CÓMO DESCRIBIRÍA EL ENTORNO DE TRABAJO DE (nombre)?</b>  [A] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A POLVO, HUMOS O GAS?  [B] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A FRÍO, CALOR O HUMEDAD EXTREMAS?  [C] ESTÁ (nombre) EXPUESTO AL RUIDO O VIBRACIÓN FUERTES?  [D] SE REQUIERE QUE (nombre) TRABAJE EN ALTURAS?  [E] SE REQUIERE QUE (nombre) TRABAJE CON SUSTANCIAS QUÍMICAS (PESTICIDAS, PEGAMENTOS, ETC.) O EXPLOSIVOS?  [F] ESTÁ (nombre) EXPUESTO A OTRAS COSAS, PROCESOS O CONDICIONES MALAS PARA LA SALUD O SEGURIDAD DE (nombre) (POR EJEMPLO BAJO EL AGUA, EN ALTAMAR, MANGLARES O BAJO TIERRA)?	Sí..... 1 No..... 2  Sí..... 1 No..... 2  Sí..... 1 No..... 2  Sí..... 1 No..... 2  Sí..... 1 No..... 2	1⇒ CL8  1⇒ CL8  1⇒ CL8  1⇒ CL8  1⇒ CL8																								
<b>CL8. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana anterior), BUSCÓ AGUA (nombre) O RECOGIÓ LEÑA PARA USO DEL HOGAR?</b>	Sí..... 1 No..... 2	2⇒ CL10																								
<b>CL9. EN TOTAL, CUÁNTAS HORAS DEDICÓ (nombre) EN IR A BUSCAR AGUA O RECOGER LEÑA PARA USO DEL HOGAR DESDE EL PASADO (día de la semana anterior)?</b>  <i>Si es menos de una hora, guarde "00"</i>	Número de horas ..... — —																									
<b>CL10. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana anterior), REALIZÓ (nombre) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TAREAS PARA ESTE HOGAR?</b>  [A] COMPRAS PARA EL HOGAR?  [B] REPARAR ALGÚN EQUIPO DEL HOGAR?  [C] COCINAR O LIMPIAR UTENSILIOS O LA CASA?  [D] LAVAR LA ROPA?  [E] CUIDAR DE LOS NIÑOS/AS?  [F] CUIDAR DE LOS MAYORES O DE ENFERMOS?  [G] OTRAS TAREAS DEL HOGAR?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compras para el hogar .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Reparar algún equipo del hogar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cocinar o limpiar utensilios o la casa. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lavar la ropa .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los niños/as .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los mayores o de enfermos .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Otras tareas del hogar .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Compras para el hogar .....	1	2	Reparar algún equipo del hogar.....	1	2	Cocinar o limpiar utensilios o la casa. ....	1	2	Lavar la ropa .....	1	2	Cuidar de los niños/as .....	1	2	Cuidar de los mayores o de enfermos .....	1	2	Otras tareas del hogar .....	1	2	
	Sí	No																								
Compras para el hogar .....	1	2																								
Reparar algún equipo del hogar.....	1	2																								
Cocinar o limpiar utensilios o la casa. ....	1	2																								
Lavar la ropa .....	1	2																								
Cuidar de los niños/as .....	1	2																								
Cuidar de los mayores o de enfermos .....	1	2																								
Otras tareas del hogar .....	1	2																								
<b>CL11. Verifique CL10, A a G</b>  <input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ Continúe con CL12  <input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya al siguiente módulo																										
<b>CL12. DESDE EL ÚLTIMO (día de la semana anterior), ALREDEDOR DE CUÁNTAS HORAS SE INVOLUCRÓ (nombre) EN ESTA/S ACTIVIDAD/ES, EN TOTAL?</b>  <i>Si es menos de una hora, anote "00".</i>	Número de horas ..... — —																									

DISCIPLINA INFANTIL		CD																																				
<b>CD1.</b> Verifique la edad del niño/a seleccionado desde SL9:																																						
<input type="checkbox"/> 1-14 años ⇒ Continúe con CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 años ⇒ Vaya al siguiente módulo																																						
<b>CD2.</b> Escriba el número de línea y nombre del niño/a desde SL9.	Número de línea ..... Nombre .....																																					
<b>CD3.</b> 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 <u>UD.</u> O <u>ALGUIEN MÁS DEL HOGAR</u> HA USADO ESTOS MÉTODOS CON <i>(nombre)</i> <u>EN EL MES PASADO.</u>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A <i>(nombre)</i> LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.</td> <td>Le quitó algún privilegio ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[B] LE EXPLICÓ A <i>(nombre)</i> POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.</td> <td>Explicó el comportamiento erróneo ... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[C] LO/LA SACUDIÓ.</td> <td>Lo/la sacudió..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[D] LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ, O LE DIO ALARIDOS.</td> <td>Le gritó, le vociferó, o le dio alaridos . 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.</td> <td>Le dio otra cosa que hacer. .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[F] LE DIO UNA NALGADA , LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.</td> <td>Le dio una nalgada (lo/la golpeó o lo/la palmeó en el trasero sólo con la mano) ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[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.</td> <td>Lo/la golpeó con cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, PEREZOSO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.</td> <td>Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida. .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[I] GOLPEÓ/LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA (CACHETADA), EN LA CABEZA (COSCORRÓN) O EN LAS OREJAS.</td> <td>Golpeó / dio una palmada en la cara (cachetada), en la cabeza (coscorrón) o en las orejas. .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.</td> <td>Golpeó / dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna. .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.</td> <td>Le dio una paliza, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A <i>(nombre)</i> LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Le quitó algún privilegio ..... 1	2	[B] LE EXPLICÓ A <i>(nombre)</i> 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, O LE DIO ALARIDOS.	Le gritó, le vociferó, o le dio alaridos . 1	2	[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	Le dio otra cosa que hacer. .... 1	2	[F] LE DIO UNA NALGADA , LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dio una nalgada (lo/la golpeó o lo/la palmeó en el trasero sólo con la mano) ..... 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, PEREZOSO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida. .... 1	2	[I] GOLPEÓ/LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA (CACHETADA), EN LA CABEZA (COSCORRÓN) O EN LAS OREJAS.	Golpeó / dio una palmada en la cara (cachetada), en la cabeza (coscorrón) o en las orejas. .... 1	2	[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA 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	
	Sí	No																																				
[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A <i>(nombre)</i> LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Le quitó algún privilegio ..... 1	2																																				
[B] LE EXPLICÓ A <i>(nombre)</i> 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, O LE DIO ALARIDOS.	Le gritó, le vociferó, o le dio alaridos . 1	2																																				
[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	Le dio otra cosa que hacer. .... 1	2																																				
[F] LE DIO UNA NALGADA , LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dio una nalgada (lo/la golpeó o lo/la palmeó en el trasero sólo con la mano) ..... 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, PEREZOSO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida. .... 1	2																																				
[I] GOLPEÓ/LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA (CACHETADA), EN LA CABEZA (COSCORRÓN) O EN LAS OREJAS.	Golpeó / dio una palmada en la cara (cachetada), en la cabeza (coscorrón) o en las orejas. .... 1	2																																				
[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA 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																																				
<b>CD4.</b> ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí..... 1 No ..... 2 NS / No opina..... 8																																					

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
<b>HC1A.</b> ¿CUÁL ES LA RELIGIÓN DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Católica .....1 Evangélica.....2 Testigo de Jehová .....3 Mormón .....4  Otra religión ( <i>especifique</i> ) ..... 6 Ninguna religión .....7	
<b>HC1B.</b> ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/IDIOMA NATIVO DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Español .....1 Inglés.....2 Nahuatl.....3  Otro idioma ( <i>especifique</i> ) ..... 6	3⇒ HC1E
<b>HC1D.</b> HABLA ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR NAHUAT?	Sí .....1 No.....2	
<b>HC1E.</b> USTED O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR ES O DESCENDE DE UN PUEBLO INDÍGENA (PUEBLO ORIGINARIO)?  <i>Si la respuesta es “Sí”, indague: DE QUÉ PUEBLO INDÍGENA (ORIGINARIO) DESCIENDE?</i>	Sí, Lenca .....1 Si, Nahuatl-Pipil.....2 Si, Cacaopera.....3 No.....5  Otro grupo indígena ( <i>especifique</i> ) ..... 6	
<b>HC1F.</b> USTED O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR ES AFRO DESCENDIENTE O TIENE ANTEPASADOS DE ORIGEN AFRO DESCENDIENTE/AFRICANO?	Sí .....1 No.....2  No sabe .....8	
<b>HC2.</b> ¿CUÁNTOS CUARTOS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	Número de cuartos.....__ __	
<b>HC3.</b> <i>Material predominante del piso de la vivienda.</i>  <i>Anote la observación.</i>	Piso natural Tierra/Arena.....11 Estiércol.....12 Piso rudimentario Tablones de madera .....21 Palmera/Bambú.....22 Ladrillo de barro .....23 Piso terminado Parquet o madera lustrada .....31 Tiras de vinilo o asfalto.....32 Cerámicos (Ladrillo cerámico).....33 Cemento .....34 Alfombra .....35 Ladrillo de cemento .....36  Otro ( <i>especifique</i> )..... 96	

<b>HC4. Material principal del techo.</b>  <i>Anote la observación.</i>	Techo natural No tiene techo ..... 11 Paja/Hojas de palmera ..... 12 Tierra ..... 13 Techo rudimentario Estera rústica ..... 21 Palmera/Bambú ..... 22 Tablones de madera ..... 23 Cartón ..... 24 Materiales de desecho ..... 25 Techo terminado Metal/lata ..... 31 Madera (Tablones) ..... 32 Calamina/Fibra de cemento ..... 33 Cerámicos ..... 34 Cemento o Plafón ..... 35 Guijarros ..... 36 Teja de barro o de cemento ..... 37 Lámina de asbesto ..... 38  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	
<b>HC5. Material principal de las paredes exteriores.</b>  <i>Anote la observación.</i>	Paredes naturales No hay paredes ..... 11 Caña/Palmera/Troncos ..... 12 Tierra ..... 13 Paredes rudimentarias Bambú con barro (Bahareque) ..... 21 Piedra con barro ..... 22 Adobe a la vista ..... 23 Triplex ..... 24 Cartón ..... 25 Madera reutilizada ..... 26 Lámina metálica ..... 27 Paja o palma ..... 28 Paredes terminadas Cemento ..... 31 Piedra con limo/cemento ..... 32 Ladrillo ..... 33 Bloques de cemento ..... 34 Adobe cubierto ..... 35 Tablones de madera/guijarros ..... 36  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	
<b>HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU HOGAR PARA COCINAR?</b>	Electricidad ..... 01 Gas de petróleo licuado (GPL/ Gas Propano) ..... 02 Gas natural ..... 03 Biogás ..... 04 Querosén ..... 05 Carbón/Lignito ..... 06 Carbón ..... 07 Leña ..... 08 Paja/Arbustos/Hierba ..... 09 Estiércol animal ..... 10 Residuos de cultivos agrícolas ..... 11  No se cocinan alimentos en el hogar ..... 95 Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8 03⇒HC8 04⇒HC8 05⇒HC8       95⇒HC8

<p><b>HC7.</b> ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA EDIFICACIÓN SEPARADA O A CAMPO ABIERTO?</p> <p><i>Si responde 'Dentro de la casa', indague: ¿EN UN CUARTO SEPARADO UTILIZADA COMO COCINA?</i></p>	<p>Dentro de la casa</p> <p>En una habitación separada utilizada como cocina .....1</p> <p>En otra parte de la casa .....2</p> <p>En una edificación separada .....3</p> <p>A campo abierto .....4</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) .....6</p>																																					
<p><b>HC8.</b> ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>[A] ELECTRICIDAD?</p> <p>[B] RADIO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELÉFONO FIJO?</p> <p>[E] REFRIGERADOR?</p> <p>[F] COCINA?</p> <p>[G] LAVADORA?</p> <p>[H] SECADORA DE ROPA?</p> <p>[I] VENTILADOR?</p> <p>[J] AIRE ACONDICIONADO?</p> <p>[K] COMPUTADORA?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radio .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Televisor .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cocina .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lavadora .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Secadora de ropa .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ventilador .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Aire acondicionado .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Computadora .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Electricidad .....	1	2	Radio .....	1	2	Televisor .....	1	2	Teléfono fijo .....	1	2	Refrigerador .....	1	2	Cocina .....	1	2	Lavadora .....	1	2	Secadora de ropa .....	1	2	Ventilador .....	1	2	Aire acondicionado .....	1	2	Computadora .....	1	2	
	Sí	No																																				
Electricidad .....	1	2																																				
Radio .....	1	2																																				
Televisor .....	1	2																																				
Teléfono fijo .....	1	2																																				
Refrigerador .....	1	2																																				
Cocina .....	1	2																																				
Lavadora .....	1	2																																				
Secadora de ropa .....	1	2																																				
Ventilador .....	1	2																																				
Aire acondicionado .....	1	2																																				
Computadora .....	1	2																																				
<p><b>HC9.</b> ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:</p> <p>[A] RELOJ?</p> <p>[B] TELÉFONO CELULAR?</p> <p>[C] BICICLETA?</p> <p>[D] MOTOCICLETA O MOTONETA?</p> <p>[E] CARRETA HALADA POR ANIMALES?</p> <p>[F] AUTOMÓVIL O CAMIONETA?</p> <p>[G] BOTE CON MOTOR?</p> <p>[H] DISPOSITIVOS MÓVILES (TABLET/ IPAD)?</p> <p>[I] LAPTOP?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reloj .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono celular .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta / Motoneta .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Carreta halada por animales .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Automóvil / Camioneta .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bote con motor .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dispositivos móviles (Tablet, iPad) ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Laptop .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Reloj .....	1	2	Teléfono celular .....	1	2	Bicicleta .....	1	2	Motocicleta / Motoneta .....	1	2	Carreta halada por animales .....	1	2	Automóvil / Camioneta .....	1	2	Bote con motor .....	1	2	Dispositivos móviles (Tablet, iPad) ..	1	2	Laptop .....	1	2							
	Sí	No																																				
Reloj .....	1	2																																				
Teléfono celular .....	1	2																																				
Bicicleta .....	1	2																																				
Motocicleta / Motoneta .....	1	2																																				
Carreta halada por animales .....	1	2																																				
Automóvil / Camioneta .....	1	2																																				
Bote con motor .....	1	2																																				
Dispositivos móviles (Tablet, iPad) ..	1	2																																				
Laptop .....	1	2																																				
<p><b>HC10.</b> ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR PROPIETARIO DE LA VIVIENDA?</p> <p><i>Si es "No", pregunte: ¿USTED ALQUILA LA VIVIENDA DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR?</i></p> <p><i>Si "Alquila de alguien que no vive en el hogar", marque "2". Para otras respuestas, marque "6".</i></p>	<p>Propietario .....1</p> <p>Alquila .....2</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) .....6</p>																																					

<b>HC11.</b> ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNAS TIERRAS QUE PUEDAN USARSE PARA AGRICULTURA?	Sí .....1 No .....2	2⇒HC13
<b>HC12.</b> ¿CUÁNTAS MANZANAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?  <i>Si es menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i>	Manzanas .....	
<b>HC13.</b> ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?	Sí .....1 No .....2	2⇒HC15
<b>HC14.</b> ¿CUÁNTOS DE LOS ANIMALES SIGUIENTES POSEE EL HOGAR?  [A] ¿GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS? [B] ¿CABALLOS, BURROS O MULAS? [C] ¿CABRAS? [D] ¿OVEJAS? [E] ¿POLLOS? [F] ¿CERDOS? [G] ¿PELIBUEYES? [H] ¿PATOS? [I] ¿GALLINAS?	Ganado, vacas lecheras o toros..... Caballos, burros o mulas..... Cabras ..... Ovejas ..... Pollos..... Cerdos ..... Pelibueyes..... Patos ..... Gallinas .....	
<b>HC15.</b> ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?	Si .....1 No .....2	

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
<b>WS1.</b> ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería Tubería dentro de la vivienda .....11 Tubería dentro del terreno, patio o lote .12 Tubería al vecino .....13 Llave/grifo público .....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 .....61 Carreta con tanque/tambor pequeño .....71 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación) .....81  Agua embotellada/envasada .....91 Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 96	11⇒WS2A 12⇒WS2A 13⇒WS2A 14⇒WS3 21⇒WS3  31⇒WS3 32⇒WS3  41⇒WS3 42⇒WS3 51⇒WS3 61⇒WS3 71⇒WS3 81⇒WS3  96⇒WS3
<b>WS2.</b> ¿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 terreno, patio o lote .12 Tubería al vecino .....13 Llave/grifo público .....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 .....61 Carreta con tanque/tambor pequeño .....71 Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación) .....81  Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 96	14⇒WS3 21⇒WS3  31⇒WS3 32⇒WS3  41⇒WS3 42⇒WS3 51⇒WS3 61⇒WS3 71⇒WS3 81⇒WS3  96⇒WS3
<b>WS2 A.</b> ¿DESDE EL (DÍA DE LA SEMANA ANTERIOR) DE LA SEMANA PASADA, CUÁNTOS DÍAS COMPLETOS NO LES LLEGÓ AGUA?  ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. SI TODOS LOS DÍAS LLEGÓ EL AGUA ESCRIBA "00"	Días..... — — No sabe.....98	Cualquier respuesta ⇒WS6
<b>WS3.</b> ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda ..... 1 En el propio patio/lote.....2 En otro lado .....3	1⇒WS6 2⇒WS6
<b>WS4.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Número de minutos ..... — — — No Sabe .....998	

<b>WS5.</b> ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR?  <i>Indague:</i> ¿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 de 15)..... 4  NS..... 5	
<b>WS6.</b> ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí..... 1 No ..... 2  NS..... 8	2⇒WS8  8⇒WS8
<b>WS7.</b> USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?  <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?  <i>Anote todas las opciones mencionadas.</i>	La hierve ..... A Le añade blanqueador/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 ( <i>especifique</i> ) ..... X NS..... Z	
<b>WS8.</b> ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?  <i>Si responde “inodoro” o “letrina con cierre hidráulico”, indague:</i> ¿HACIA DÓNDE DESCARGA?  <i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i>	Chorro/baldeo Inodoro conectado al alcantarillado ..... 11 Inodoro conectado a tanque séptico..... 12 Letrina (pozo negro, hoyo)..... 13 Baldeo a otra parte ..... 14 Baldeo a sitio desconocido/no está seguro dónde / NS dónde..... 15 Letrina de fosa Letrina de fosa mejorada con ventilación ..... 21 Letrina de fosa con losa ..... 22 Letrina de fosa sin losa/Foso abierto ..... 23 Letrina abonera ..... 24 Letrina solar ..... 25 Inodoro de compostaje ..... 31 Balde ..... 41 Inodoro colgante, Letrina colgante ..... 51 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo ..... 95 Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	95⇒WS12
<b>WS9.</b> ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒WS12
<b>WS10.</b> ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON MIEMBROS 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⇒WS12
<b>WS11.</b> ¿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	
<b>WS12.</b> ¿CÓMO SE DESHACEN PRINCIPALMENTE DE LA BASURA QUE SALE DE ESTA CASA?	Servicio municipal..... 1 La queman..... 2 La tiran en el patio/ solar/ calle/ predio baldío 3 La tiran al río/ quebrada/ lago o mar..... 4 La entierran ..... 5 Servicio particular ..... 7 La depositan en contenedores ..... 9 Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 6	

LAVADO DE MANOS		HW
<b>HW1.</b> NOS GUSTARÍA APRENDER SOBRE LOS ESPACIOS QUE UTILIZAN LOS HOGARES 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/lote..... 2 No obtuvo permiso para ver el lugar ..... 3 Otra razón (especificar) ..... 6	  2 ⇒ HW4 3 ⇒ HW4 6 ⇒ HW4
<b>HW2.</b> Observe si hay agua en el lugar designado para el lavado de manos.  <i>Verifique la llave/bomba, cuenca, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para la presencia de agua.</i>	Hay agua disponible..... 1  No hay agua disponible..... 2	
<b>HW3A.</b> ¿Hay jabón, detergente o ceniza/barro/arena en el lugar designado para el lavado de manos.	Sí, presente ..... 1  No presente..... 2	
<b>HW3B.</b> Anote la observación.  <i>Circule todo lo que corresponda.</i>	Jabón en barra ..... A  Detergente (en polvo / líquido / en pasta).. B  Jabón líquido..... C  Ceniza / barro / arena ..... D	A⇒HH19  B⇒HH19  C⇒HH19  D⇒HH19
<b>HW4.</b> ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE O CENIZA/BARRO/ARENA EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Sí..... 1  No..... 2	2⇒HH19
<b>HW5A.</b> ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO, POR FAVOR?	Sí, mostrado..... 1  No mostrado..... 2	2⇒HH19
<b>HW5B.</b> Anote la observación.  <i>Circule todo lo que corresponda</i>	Jabón en barra ..... A  Detergente (en polvo / líquido / en pasta).. B  Jabón líquido..... C  Ceniza / barro / arena ..... D	

HH19. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos ..... __ __ : __ __	
-----------------------------	------------------------------------	--

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

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

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

*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 respondente del cuestionario del hogar (HH10), y el número de mujeres elegibles (HH12 y niño/as menores de 5 años (HH14) estén completos.*

*Haga arreglos para la aplicación del cuestionario/s restantes en este hogar.*

**Observaciones de la Entrevistadora****Observaciones del Editor de Campo****Observaciones del Supervisor**



EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES MULTIPLES  
POR CONGLOMERADOS, MICS 2014

CUESTIONARIO DE MUJERES INDIVIDUALES

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<p><i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i></p>		
WM1. Número de conglomerado: _____	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: ____/____/2014	
<p><i>Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:</i></p> <p>SOMOS DE DIGESTYC/ MINSAL. 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 <b>50</b> MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>		
<p><i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>50</b> MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>		
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</i></p>		
WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	<p>Completada .....01</p> <p>Ausente .....02</p> <p>Rechazo .....03</p> <p>Parcialmente completada .....04</p> <p>Incapacitada .....05</p> <p>Otro (especifique) _____ <b>96</b></p>	
WM8. Nombre y número del editor de campo: Nombre _____	WM9. Nombre y número del digitador de ingreso de datos: Nombre _____	
WM10. Anote la hora.	<p>Hora y minutos ..... : .....</p>	

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
<b>WB1.</b> ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento:  Mes ..... ____ No sabe el mes ..... 98  Año ..... ____ No sabe el año ..... 9998	
<b>WB2.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?  <i>Indague: ¿QUÉ EDAD CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i>  <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos) ..... ____	
<b>WB3.</b> ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PARVULARIA?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Parvularia ..... 10 Primaria (1°-6° grado) ..... 11 Secundaria (Baja/ Tercer ciclo/7°,8°,9°) ... 12 Bachillerato General ..... 13 Bachillerato Vocacional ..... 14 Superior no universitario ..... 15 Superior universitario ..... 16 Especial ..... 17	10⇒WB7
<b>WB5.</b> ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL?  <i>Si el primer grado de este nivel no se completó,, anote "00"</i>	Grado ..... ____	
<b>WB6.</b> Verifique WB4:  <input type="checkbox"/> Secundaria, bachillerato, superior no universitario o superior universitario (WB4=12,13,14,15,16) ⇒ Vaya al Siguiente Módulo  <input type="checkbox"/> Primaria (WB4=11) ⇒ Continúe con WB7		
<b>WB7.</b> AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE.  <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i>  ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada ..... 1 Puede leer sólo partes de la frase ..... 2 Puede leer la frase completa ..... 3  <b>La frase no estaba en el idioma requerido</b> ..... <b>4</b> _____ (especifique el idioma)  Ciega/vista impedida ..... 5	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN		MT
<b>MT1. Verifique WB7:</b> <input type="checkbox"/> La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2 <input type="checkbox"/> Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2 <input type="checkbox"/> No puede leer nada o es ciega/vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3		
<b>MT2.</b> ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT3.</b> ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT4.</b> ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT5. Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?</b> <input type="checkbox"/> Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con MT6 <input type="checkbox"/> Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya al Siguiente módulo		
<b>MT6.</b> ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí. .... 1 No ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT7.</b> ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. .... 1 No ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT8.</b> EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT9.</b> ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí. .... 1 No ..... 2	2 ⇒ Siguiente módulo
<b>MT10.</b> EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ INTERNET?  <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Sí. .... 1 No ..... 2	2 ⇒ Siguiente módulo
<b>MT11.</b> EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días ..... 1 Al menos una vez por semana ..... 2 Menos de una vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	

FECUNDIDAD- HISTORIAL DE NACIMEINTO		CM
<b>CM1.</b> AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO A LO LARGO DE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?	Sí. .... 1 No ..... 2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> ¿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
<b>CM5.</b> ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED?  ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED?  <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa ..... _ _  Hijas viviendo en casa ..... _ _	
<b>CM6.</b> ¿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
<b>CM7.</b> ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED?  ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA?  <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar ..... _ _  Hijas en otro lugar ..... _ _	
<b>CM8.</b> ¿HA DADO A LUZ ALGUNA VEZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS?  <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:</i> 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
<b>CM9.</b> ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO?  ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO?  <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Niños varones muertos ..... _ _  Niñas muertas ..... _ _	
<b>CM10.</b> Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.	Total ..... _ _	
<b>CM11.</b> SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL ( <i>número total en CM10</i> ) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?  <input type="checkbox"/> <i>Sí. Verifique abajo:</i>  <input type="checkbox"/> <i>No nacidos vivos ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD</i>  <input type="checkbox"/> <i>Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con el modulo HISTORIAL DE NACIMIENTOS</i> <input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el modulo HISTORIAL DE NACIMIENTOS o Modulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD</i>		

HISTORIAL DE NACIMIENTOS													BH	
AHORA ME GUSTARÍA ANOTAR LOS NOMBRES DE TODOS SUS NACIDOS VIVOS A LOS QUE HAYA DADO A LUZ, ESTÉN VIVOS O NO, EMPEZANDO POR EL PRIMERO QUE TUVO.														
Anote los nombres de todos los nacidos en BHI. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.														
BH	NÚM. LINEA	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU BEBÉ? (primer/siguiente)	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS/ GEMELOS?	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA?	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)?  Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?	BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA?	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE- AÑOS?	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED?	BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI)	BH9. Si ha fallecido: ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ?  Si es "1 año", indague: ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)?  Anote días si es menos de 1 mes; anote meses si es menos de 2 años; o años	BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER?			
			1 Único 2 Múltiple	1 Niño 2 Niña		1 Sí 2 No	Anote la edad en años cumplidos.	1 Sí 2 No			1 Sí 2 No			
Línea		Nombre	U M	H M	Mes Año	S N	Edad	S N	Núm. línea	Unidad	Número	S N		
01			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	— —			
02			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		
03			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		
04			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		
05			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		
06			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		
07			1 2	1 2	— —	1 2	— —	1 2	— —	Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	1 Añada Nacido	2 Siguiente Nacido		

BH NÚM. LÍNEA	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (primer/siguiente) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS/ GEMELOS?	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA?		BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)?  Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA?		BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE- AÑOS?  Anote la edad en años cumplidos.	BH7. ¿VIVE (nombre) ) CON USTED?	BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI)  Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.	BH9. Si ha fallecido: ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ?  Si es "1 año", indague: ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)?  Anote días si es menos de 1 mes; anote meses si es menos de 2 años; o años			BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER?
			U	M	H	M	Mes	Año				S	N	Edad	
Línea	Nombre	U M	H M		Mes	Año	S N	S N				Días ..... 1 Meses ..... 2 Años ..... 3	S N		
08		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
09		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
10		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
11		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
12		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
13		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
14		1 2	1 2				1 2 ⇒ BH9				⇒ BH10		1 2 Añada Nacido		
BH11.	¿HA TENIDO USTED ALGÚN NACIDO VIVO DESDE EL NACIMIENTO DE (nombre del último nacido en el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO)?														
Sí.....											1				1⇒Añote nacido/s en el Historial de nacimientos
No.....											2				

**CM12A.** Compare el número en CM10 con el número de nacimientos en el Historial de nacimientos de arriba y verifique:

- ☐ Los números son los mismos ⇒ Continúe con CM13
- ☐ Los números son diferentes ⇒ Indague y reconcilie

**CM13.** Verifique BH4 en el HISTORIAL DE NACIMIENTOS: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2012** (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2012**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)

- ☐ No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.
- ☐ Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida \_\_\_\_\_

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
Este módulo se deberá aplicar 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, allí donde se indique.		
<b>DB1.</b> CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. .... 1 No ..... 2	1⇒Siguiente módulo
<b>DB2.</b> ¿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
<b>DB3.</b> ¿CUÁNTO MÁS TIEMPO QUERÍA USTED ESPERAR?	Meses ..... 1__ Años..... 2__ No sabe ..... 998	
Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.		

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN															
<p>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:_____.</p> <p>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</p>																	
<b>MN1.</b> ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒MN5															
<b>MN2.</b> ¿A QUIÉN CONSULTÓ?  <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA?  <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico .....A Enfermera .....B Enfermera auxiliar.....C Otra persona Partera tradicional.....F Promotora de salud del MINSAL ..... G  Otro(especifique).....X																
<b>MN2A.</b> ¿DE CUÁNTAS SEMANAS O MESES ESTABA USTED EMBARAZADA CUANDO RECIBIÓ CHEQUEO PRENATAL POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO?  <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Semanas..... 1 ____  Meses ..... 2 0 ____  No sabe ..... 998																
<b>MN3.</b> ¿CUÁNTOS CHEQUEOS PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO?  <i>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.</i>	Número de veces..... ____  No sabe ..... 98																
<b>MN4.</b> COMO PARTE DE SU CHEQUEO PRENATAL, ¿SE 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] ¿TUVO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL MENOS UNA VEZ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Atención odontológica .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina .....	1	2	Muestra de sangre .....	1	2	Atención odontológica .....	1	2	
	Sí	No															
Presión arterial.....	1	2															
Muestra de orina .....	1	2															
Muestra de sangre .....	1	2															
Atención odontológica .....	1	2															
<b>MN5.</b> ¿TIENE USTED ALGUNA TARJETA U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS?  ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR?  <i>Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	Sí (vio la tarjeta)..... 1 Sí (no vio la tarjeta)..... 2 No ..... 3  No sabe ..... 8																
<b>MN6.</b> CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U 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															

<b>MN7.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE <i>(nombre)</i> ? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces..... ____  No sabe ..... 8	8⇒MN9
<b>MN8.</b> ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?  <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
<b>MN9.</b> ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE <i>(nombre)</i> , SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN10.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE <i>(nombre)</i> ? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces ..... ____  No sabe ..... 8	8⇒MN17
<b>MN11.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE <i>(nombre)</i> ? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años) ..... ____ ____	
<b>MN17.</b> ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE <i>(nombre)</i> ?  <i>Indague:</i> ¿ALGUIEN MÁS? <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico ..... A Enfermera ..... B Enfermera auxiliar..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor/a de salud del MINSAL..... G Pariente/amiga/o..... H <b>Otro (especifique)..... X</b> Nadie ..... Y	

<p><b>MN18.</b> ¿DÓNDE DIO A LUZ A (nombre)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada ..... 11</p> <p>Otra casa ..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL ..... 20</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... 21</p> <p>Hospital del ISSS ..... 22</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... 23</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... 24</p> <p><b>Otro público (especifique) ..... 26</b></p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado ..... 31</p> <p>Clínica privada ..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad ..... 33</p> <p><b>Otro centro médico privado (especifique) ..... 36</b></p> <p><b>Otro (especifique) ..... 96</b></p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p><b>MN19.</b> ¿NACIÓ (nombre) POR CESÁREA?</p> <p>ES DECIR, ¿SE CORTÓ SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p><b>MN19A.</b> CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORES DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes ..... 1</p> <p>Después ..... 2</p>	
<p><b>MN20.</b> CUANDO NACIÓ (nombre), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE LO NORMAL, TAMAÑO NORMAL, MÁS PEQUEÑO QUE LO NORMAL O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande ..... 1</p> <p>Más grande que lo normal ..... 2</p> <p>Tamaño normal ..... 3</p> <p>Más pequeño que lo normal ..... 4</p> <p>Muy pequeño ..... 5</p> <p>No sabe ..... 8</p>	
<p><b>MN21.</b> ¿SE PESÓ A (nombre) AL NACER?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p><b>MN22.</b> ¿CUÁNTO PESÓ (nombre)?</p> <p><i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i></p>	<p>De la tarjeta ..... 1 (kg) ____ . ____</p> <p>De memoria ..... 2 (kg) ____ . ____</p> <p>No sabe ..... 99998</p>	
<p><b>MN23.</b> ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (nombre)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p><b>MN24.</b> ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (nombre)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p><b>MN25.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (nombre) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En cualquier otro caso, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente ..... 000</p> <p>Horas ..... 1 ____</p> <p>Días ..... 2 ____</p> <p>NS/no recuerda ..... 998</p>	

<b>MN26.</b> DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A ( <i>nombre</i> ) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒Siguiente módulo
<b>MN27.</b> ¿QUÉ SE LE DIO A ( <i>nombre</i> ) DE TOMAR?  <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	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 ( <i>especifique</i> )..... X	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		PN
<p>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.</p>		
<p><b>PN1.</b> Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en un centro de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-27 o 31-36) ⇒ Continúe con PN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN6</p>		
<p><b>PN2.</b> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i>  <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i>  <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas ..... 1 ____</p> <p>Días ..... 2 ____</p> <p>Semanas ..... 3 ____</p> <p>NS/ no recuerdo ..... 998</p>	
<p><b>PN3.</b> ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí. .... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p><b>PN4.</b> ¿Y HAN EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD – ES DECIR, ALGUIEN HA EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD, POR EJEMPLO: AL HACERLE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN DE SALUD O LA HAN EXAMINADO?</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p>	<p>Sí... ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p><b>PN5.</b> AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>).</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p>	<p>Sí... ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p><b>PN6.</b> Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		

<p><b>PN7.</b> USTED YA HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>TRAS EL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p><b>PN8.</b> ¿Y (<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p><b>PN9.</b> DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p>
<p><b>PN10.</b> ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A (<i>nombre</i>), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>TRAS EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p><b>PN11.</b> ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p><b>PN12A.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p><b>PN12B.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i>  <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i>  <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas ..... 1 __ __</p> <p>Días ..... 2 __ __</p> <p>Semanas ..... 3 __ __</p> <p>NS/no recuerda ..... 998</p>	

<b>PN13.</b> ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE <i>(nombre)</i> EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Doctor..... A Enfermera ..... B Enfermera auxiliar..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor/a de salud del MINSAL ..... G Pariente/amigo/a..... H Otro/a <i>(especifique)</i> ..... X	
<b>PN14.</b> ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?  <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i>  <i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i>  _____ <i>(Nombre del sitio)</i>	Hogar Hogar de la entrevistada..... 11 Otro hogar..... 12  Sector público Hospital del MINSAL ..... 20 Unidad de salud del MINSAL ..... 21 Hospital del ISSS..... 22 Unidad (Clínica) del ISSS..... 23 Clínica comunal o municipal ..... 24 <b>Otro público <i>(especifique)</i> ..... 26</b>  Sector Médico Privado Hospital Privado..... 31 Clínica/ Médico privado ..... 32 Casa privada de maternidad..... 33 Otro centro médico privado <i>(especifique)</i> ..... 36  <b>Otro sitio <i>(especifique)</i> ..... 96</b>	
<b>PN15.</b> Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un centro de salud?  <input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-27 o 31-36) ⇒ Continúe con PN16  <input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN17		
<b>PN16.</b> DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE <i>(nombre o tipo de centro en MN18)</i> , ¿CHEQUEÓ ALGUIEN SU SALUD?	Sí..... 1 No ..... 2	1⇒PN20 2⇒Siguiente módulo
<b>PN17.</b> Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una promotora de salud comunitaria?  <input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN18  <input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19		
<b>PN18.</b> ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA <i>(persona o personas en MN17)</i> , ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?	Sí..... 1 No ..... 2	1⇒PN20 2⇒Siguiente módulo

<b>PN19.</b> DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE ( <i>nombre</i> ), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED</u> ?  ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí..... 1 No..... 2	2⇒Siguiente módulo
<b>PN20.</b> ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	1⇒PN21A 2⇒PN21B
<b>PN21A.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?  <b>PN21B.</b> ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?  <i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i>	Horas..... 1 ____ Días..... 2 ____ Semanas..... 3 ____ NS/no recuerda..... 998	
<b>PN22.</b> ¿QUIÉN CHEQUEÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Doctor..... A Enfermera..... B Enfermera auxiliar..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor/a de salud del MINSAL..... G Pariente/amigo/a..... H Otro/a ( <i>especifique</i> )..... X	
<b>PN23.</b> ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?  <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si es público o privado,</i> <i>escriba el nombre del lugar.</i>  _____ ( <i>Nombre del sitio</i> )	Hogar Hogar de la entrevistada..... 11 Otro hogar..... 12  Sector público Hospital del MINSAL..... 20 Unidad de salud del MINSAL..... 21 Hospital del ISSS..... 22 Unidad (Clínica) del ISSS..... 23 Clínica comunal o municipal..... 24 <b>Otro público (<i>especifique</i>)..... 26</b>  Sector Médico Privado Hospital Privado..... 31 Clínica/ Médico privado..... 32 Casa privada de maternidad..... 33 Otro centro médico privado ( <i>especifique</i> )..... 36  <b>Otro sitio (<i>especifique</i>)..... 96</b>	
<b>PN24.</b> ¿EN EL CURSO DE ESTE CONTROL/ CONTROLES DESPUÉS DEL PARTO RECIBÍ ORIENTACIÓN SOBRE MÉTODOS PARA DEMORAR O EVITAR OTRO EMBARAZO?	Sí..... 1 No..... 2	
<b>PN25.</b> ¿EMPEZÓ A UTILIZAR ALGÚN MÉTODO LUEGO DEL PARTO PARA DEMORAR O EVITAR OTRO EMBARAZO?	Sí..... 1 No..... 2	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
<p><b>IS1.</b> Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15</p> <p>¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya al siguiente módulo.</p>		
<p><b>IS2.</b> ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD.</p> <p>¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?</p> <p>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</p> <p><i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero <u>no</u> induzca la respuesta con sugerencias</i></p>	<p>El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A</p> <p>El niño/a empeora ..... B</p> <p>El niño/a comienza a tener fiebre ..... C</p> <p>El niño/a tiene respiración rápida ..... D</p> <p>El niño/a tiene dificultades para respirar .... E</p> <p>El niño/a tiene sangre en las heces ..... F</p> <p>El niño/a ingiere poco líquido ..... G</p> <p><b>Otro (especifique) _____ X</b></p> <p><b>Otro (especifique) _____ Y</b></p> <p><b>Otro (especifique) _____ Z</b></p>	

ANTICONCEPCION		CP
<p><b>CP0. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</b></p> <p><b>LAS PAREJAS UTILIZAN VARIOS MEDIOS PARA RETRASAR O EVITAR LOS EMBARAZOS</b></p> <p>¿ALGUNA VEZ HA ESCUCHADO HABLAR DE ....</p> <p><i>Lea cada una de las opciones.</i></p> <p>[A] ESTERILIZACIÓN FEMENINA?</p> <p><i>Indague:</i> ME REFIERO A QUE LAS MUJERES PUEDEN SER OPERADAS PARA EVITAR TENER MÁS HIJOS.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[B] ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA?</p> <p><i>Indague:</i> ES DECIR, LOS HOMBRES PUEDEN TENER OPERACIONES PARA EVITAR TENER MÁS HIJOS.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[C] DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)?</p> <p><i>Indague:</i> CONSISTE EN INSERTAR UN DISPOSITIVO EN FORMA DE T EN LA CAVIDAD UTERINA.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[D] INYECCIONES?</p> <p><i>Indague:</i> LAS MUJERES PUEDEN VISITAR CENTROS DE SALUD DONDE SE LES PROVEE INYECCIONES PARA PREVENIR EMBARAZOS. ESTAS TIENEN UNA DURACIÓN DE UNO O MÁS MESES.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[E] IMPLANTES (NORPLANT)?</p> <p><i>Indague:</i> SON PEQUEÑAS CAPSULAS UBICADAS BAJO LA PIEL DEL BRAZO IMPLANTADAS POR UN DOCTOR O ENFERMERA QUE PUEDEN PREVENIR EL EMBARAZO POR UNO O MÁS AÑOS.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[F] PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?</p> <p><i>Indague:</i> LAS MUJERES PUEDEN TOMAR UNA PÍLDORA DIARIA PARA EVITAR QUEDAR EMBARAZADA</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[G] CONDOMES MASCULINOS?</p> <p><i>Indague:</i> LOS HOMBRES PUEDEN PONERSE UN PRESERVATIVO DE GOMA SOBRE SU PENE ANTES DEL ACTO SEXUAL.</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

<p>[H] CONDONES FEMENINOS?  <i>Indague:</i> LAS MUJERES PUEDEN COLOCAR UN PRESERVATIVO ESPECIAL PARA MUJERES DENTRO DE SU VAGINA ANTES DEL ACTO SEXUAL.</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[I] DIAFRAGMA?  <i>Indague:</i> ES UNA COPA DE HULE QUE SE INTRODUCE EN LA VAGINA Y CUBRE EL CUELLO DEL ÚTERO PARA EVITAR QUE LOS ESPERMATOZOIDES LLEGUEN HASTA ALLÍ O A LAS TROMPAS DE FALOPIO.</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[J] ESPUMA/ JALEA?  <i>Indague:</i> LAS MUJERES PUEDEN UTILIZAR PRODUCTOS ESPERMICIDAS TALES COMO ESPUMAS, JALEAS, CREMAS, ETC.</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[K] MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)?</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[L] ABSTINENCIA PERIÓDICA/MÉTODO DEL RITMO?  <i>Indague:</i> PARA EVITAR EL EMBARAZO LAS MUJERES NO TIENEN RELACIONES SEXUALES EN LOS DÍAS DEL MES EN QUE PIENSAN QUE PUEDEN QUEDAR EMBARAZADAS POR ESTAR OVULANDO.</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[M] RETIRO?  <i>Indague:</i> LOS HOMBRES RETIRAN EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE LA EYACULACIÓN.</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[N] PARCHES ANTICONCEPTIVOS?  <i>Indague:</i> ES UN PARCHES QUE SE COLOCA EN EL CUERPO Y DESPIDE HORMONAS QUE SON ABSORBIDAS POR LA PIEL</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[O] MÉTODO DE BILLING S O MOCO CERVICAL  <i>Indague:</i> CONSISTE EN QUE LA MUJER MONITOREA SU FERTILIDAD, A TRAVÉS DE SU FLUJO IDENTIFICANDO CUANDO ES FÉRTIL Y CUANDO NO LO ES</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	
<p>[P] PASTILLAS O INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA?  <i>Indague:</i> COMO MEDIDA DE EMERGENCIA, UNA MUJER PUEDE TOMAR PASTILLAS O INYECTARSE DENTRO DE LAS 72 HORAS DESPUÉS DE HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</p>	<p>Si ..... 1  No..... 2</p>	

<p>[X] HA ESCUCHADO ALGUNA OTRA MANERA O MÉTODO QUE LA MUJER U HOMBRE PUEDE UTILIZAR PARA EVITAR UN EMBARAZO</p> <p><i>Indague:</i> ADEMÁS DE LOS ANTES MENCIONADOS SABE DE ALGÚN OTRO MÉTODO QUE MUJERES U HOMBRRES UTILICEN PARA PREVENIR UN EMBARAZO</p>	<p>Si .....1</p> <p>No.....2</p> <p>_____</p> <p>(Especifique)</p> <p>_____</p> <p>(Especifique)</p>	
---	--	--

<b>CP1.</b> ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada ..... 1 No ..... 2 No está segura o no sabe ..... 8	1⇒CP2A
<b>CP2.</b> 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
<b>CP2A.</b> ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí ..... 1 No ..... 2	1⇒ CP4  2⇒Siguiente módulo
<b>CP3.</b> ¿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 Implantes (NORPLAT/ Barritas en el brazo) .. E Píldoras anticonceptivas ..... F Condón masculino ..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Métodos vaginales (Jalea/ Espuma/ Óvulos/Tabletas) ..... J <i>Método de amenorrea por Lactancia (MELA)</i> ..... K Abstinencia periódica / Ritmo ..... L Retiro ..... M Parche anticonceptivo ..... N Método de Billings o moco cervical ..... O Pastilla o inyecciones anticonceptiva de emergencia (la que se toma i inyecta dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin usar condón) ..... P Inyecciones anticonceptiva (mensual) ..... Q Inyecciones anticonceptiva (dos meses) ... R Inyecciones anticonceptiva (tres meses) ... S  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X	Cualquier respuesta⇒  Siguiente módulo

<b>CP4.</b> ¿ CUÁL FUE EL ÚLTIMO MÉTODO QUE USO (USTED O SU PAREJA) PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Esterilización femenina ..... A Esterilización masculina ..... B DIU ..... C Implantes (NORPLAT/ Barritas en el brazo) .. E Píldoras anticonceptivas ..... F Condón masculino ..... G Condón femenino ..... H Diafragma ..... I Métodos vaginales (Jalea/ Espuma/ Óvulos/Tabletas) ..... J <i>Método de amenorrea por</i> <i>Lactancia (MELA)</i> ..... K Abstinencia periódica / Ritmo ..... L Retiro ..... M Parche anticonceptivo ..... N Método de Billings o moco cervical ..... O Pastilla o inyecciones anticonceptiva de emergencia (la que se toma o inyecta dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin usar condón) ..... P Inyecciones anticonceptiva (mensual) ..... Q Inyecciones anticonceptiva (dos meses) .. R Inyecciones anticonceptiva (tres meses) .. S  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X	
<b>CP5.</b> ¿ CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE DEJÓ DE USARLO?	Para embarazarse ..... 01 Sin vida sexual ..... 02 Tuvo efectos colaterales ..... 03 Miedo a efectos colaterales ..... 04 El compañero se opuso ..... 05 Recomendación médica ..... 07 No fue eficaz/ le falló ..... 08 No tuvo dinero para comprar ..... 09 Descuido ..... 10 Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 96	

NECESIDAD NO SATISFECHA/ DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		UN
<b>UN1.</b> <i>Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5		
<b>UN2.</b> AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí..... 1 No ..... 2	1⇒UN4
<b>UN3.</b> ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde..... 1 No más..... 2	
<b>UN4.</b> 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/NS ..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
<b>UN5.</b> <i>Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”?</i> <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6		
<b>UN6.</b> 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 quedarse embarazada .3 No lo ha decidido/NS.....8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
<b>UN7.</b> ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A?  <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses..... 1 __ __ Años ..... 2 __ __ No quiere esperar (pronto/ahora).....993 Dice que no puede quedar embarazada ...994 Después del casamiento .....995 Otro .....996 NS .....998	994⇒UN11
<b>UN8.</b> <i>Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		

<b>UN9.</b> Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10		
<b>UN10.</b> ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe ..... 8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
<b>UN11.</b> ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales..... A Menopausia ..... B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto ..... F Amamantamiento ..... G Demasiado mayor..... H Fatalista ..... I Otro (especifique)..... X NS ..... Z	
<b>UN12.</b> Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? <input type="checkbox"/> Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiente módulo <input type="checkbox"/> No mencionado ⇒ Continúe con UN13		
<b>UN13.</b> ¿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
<b>DV1.</b> A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:		Sí	No	NS
[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale 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 MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales.....	1	2	8
[E] ¿SI ELLA QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida.....	1	2	8
[F] ¿SI ELLA HABLA CON OTRO HOMBRE?	Si habla con otro hombre.....	1	2	8
[G] ¿SI ELLA SALE MUCHO CON SUS AMISTADES?	Si sale con sus amistades .....	1	2	8
[H] ¿SI ELLA HABLA MUCHO CON SUS FAMILIARES?	Si habla con sus familiares.....	1	2	8
[I] ¿SI ELLA NO COMPARTE SUS INGRESOS CON ÉL?	Si no comparte sus ingresos.....	1	2	8
[J] ¿SI ELLA TOCA LAS PERTENENCIAS DE ÉL?	Si toca las pertenencias de él....	1	2	8

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
<b>MA1.</b> ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O ACOMPAÑADA?	Sí, actualmente casada ..... 1 Sí, acompañada ..... 2 No, no en unión ..... 3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> ¿CUÁNTO AÑOS TIENE SU ESPOSO/PAREJA?  <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/ PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?</i>	Edad en años ..... __ __  No sabe ..... 98	
<b>MA3.</b> ADEMÁS DE USTED, ¿TIENE SU ESPOSO/ PAREJA OTRAS PAREJAS O VIVE CON OTRAS MUJERES COMO SI ESTUVIERA CASADO?	Sí ..... 1 No ..... 2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> ¿CUÁNTAS OTRAS PAREJAS TIENE ÉL?	Número ..... __ __  No sabe ..... 98	⇒MA7  98⇒MA7
<b>MA5.</b> ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O ACOMPAÑADA, ES DECIR, VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado ..... 1 Sí, acompañada en el pasado ..... 2 No ..... 3	3⇒Siguiendo módulo
<b>MA6.</b> ¿CUÁL ES SU ESTADO FAMILIAR AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda ..... 1 Divorciada ..... 2 Separada ..... 3	
<b>MA7.</b> ¿HA ESTADO USTED CASADA O ACOMPAÑADA SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez ..... 1 Más de una vez ..... 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
<b>MA8A.</b> ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O COMENZÓ A VIVIR ACOMPAÑADA?  <b>MA8B.</b> ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O SE ACOMPAÑÓ POR PRIMERA VEZ?	Fecha del(primer) matrimonio Mes ..... __ __ No sabe en qué mes ..... 98  Año ..... __ __ __ __ No sabe en qué año ..... 9998	
<b>MA9.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (PRIMER) ESPOSO/ PAREJA?	Edad en años ..... __ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
<b>Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.</b>		
<b>SB1.</b> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA.  LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD.  ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca mantuvo relaciones sexuales ..... 00  Edad en años .....  Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer)esposo/pareja ..... 95	00⇒Siguiente módulo
<b>SB2.</b> ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .... 1 No ..... 2  No sabe/no recuerda ..... 8	
<b>SB3.</b> ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES?  <i>Guarde 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 se registrará en años.</i>	Hace días ..... 1  Hace semanas ..... 2  Hace meses ..... 3  Hace años ..... 4	4⇒SB15
<b>SB4.</b> ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí. .... 1 No ..... 2	
<b>SB5.</b> ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?  <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i>  <i>Si es "novio", pregunte:            ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?            Si la respuesta es "sí", circule "2"            Si la respuesta es "no", circule "3"</i>	Esposo ..... 1 Pareja conviviente (Compañero de vida) ... 2 Novio ..... 3 Compañero casual (Pareja casual) ..... 4  Otro (especifique) ..... 6	3⇒SB7 4⇒SB7  6⇒SB7
<b>SB6.</b> Verifique MA1:  <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇒Vaya a SB8  <input type="checkbox"/> No casada/no en una unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7		
<b>SB7.</b> ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?  <i>Si la respuesta es "no sabe", indague:            ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i>	Edad de la pareja sexual .....  No sabe ..... 98	

<b>SB8.</b> ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒SB15
<b>SB9.</b> ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2	
<b>SB10.</b> ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA PERSONA?  <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i>  <i>Si es el “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo..... 1 Compañero conviviente (Compañero de vida)..... 2 Novio ..... 3 Compañero casual (Pareja casual) ..... 4  Otro (especifique) ..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
<b>SB11.</b> Verifique MA1 y MA7:  <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇒Vaya a SB13  <input type="checkbox"/> Otro⇒ Continúe con SB12		
<b>SB12.</b> ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA?  <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad del compañero sexual..... __ __ No sabe ..... 98	
<b>SB13.</b> APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒SB15
<b>SB14.</b> EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros ..... __ __	
<b>SB15.</b> EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA?  <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i>  <i>Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote “95”.</i>	Número de compañeros en toda su vida__ __  No sabe ..... 98	

VIH/SIDA	HA		
<b>HA1.</b> AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS.  ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	2⇒Siguiente módulo	
<b>HA2.</b> ¿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		
<b>HA3.</b> ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8		
<b>HA4.</b> ¿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		
<b>HA5.</b> ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8		
<b>HA6.</b> ¿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		
<b>HA7.</b> ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8		
<b>HA8.</b> ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO:  [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">Sí    No    NS</div> Durante el embarazo..... 1    2    8 Durante el parto..... 1    2    8 Amamantando ..... 1    2    8		
<b>HA9.</b> 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		
<b>HA10.</b> ¿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 segura/depende..... 8		
<b>HA11.</b> 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		
<b>HA12.</b> 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		

<b>HA13.</b> Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																						
<b>HA14.</b> Verifique MN1: recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24																						
<b>HA15.</b> ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (nombre),  ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE?  [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?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>No sabe</td> </tr> <tr> <td>SIDA de la madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse la prueba del SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		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	
	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																			
<b>HA16.</b> 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																				
<b>HA17.</b> NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2 ⇒ HA22 8 ⇒ HA22																				
<b>HA18.</b> INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ASESORAMIENTO DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO.  ¿RECIBIÓ USTED ASESORAMIENTO DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	1 ⇒ HA22 2 ⇒ HA22 8 ⇒ HA22																				
<b>HA19.</b> Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ Vaya a HA24																						
<b>HA20.</b> NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí ..... 1 No ..... 2	2 ⇒ HA24																				
<b>HA21.</b> NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	Sí ..... 1 No ..... 2																					

<b>HA22.</b> ¿LE HAN HECHO LA 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
<b>HA23.</b> ¿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⇒HA32 2⇒HA32 3⇒HA32
<b>HA24.</b> 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⇒HA27
<b>HA25.</b> ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses ..... 1 12-23 meses atrás ..... 2 Hace 2 o más años ..... 3	
<b>HA26.</b> NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBÍ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	1⇒HA32 2⇒HA32 8⇒HA32
<b>HA27.</b> ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No ..... 2	
<b>HA28.</b> ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NUNCA SE HA HECHO LA PRUEBA O EXAMEN DEL VIH/SIDA?  <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i>	No lo ha considerado necesario ..... 1 Sin vida sexual ..... 2 Nunca se la han indicado o recomendado.. 3 Por falta de dinero / muy caro ..... 4 No ha tenido tiempo ..... 5 Descuido ..... 6 Temor al resultado ..... 7 Temor a falta de confidencialidad ..... 8 Oposición de la pareja ..... 9 Miedo a los pinchones/Que le saquen sangre ..... 10 Puede pasarle el VIH ..... 11 Confunden resultados ..... 12 Por pena/miedo a que la señalen ..... 13 Por falta de información sobre fechas o lugar donde hacen ..... 14 Por la distancia o lejanía ..... 15 No la hacen/Tiene limitaciones/No cumple requisitos ..... 16 Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 96	
<b>HA29.</b> ¿CREE QUE USTED TIENE ALGÚN RIESGO PERSONAL O PELIGRO DE INFECTARSE DEL VIH/SIDA?	Sí. .... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒HA31 8⇒HA31
<b>HA30.</b> ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE PIENSA QUE TIENE RIESGO?  <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i>	Su pareja le es infiel ..... 11 Usted tiene varias parejas sexuales ..... 12 Usted tiene sexo con desconocidos ..... 13 No usa el condón ..... 14 Le han hecho transfusiones ..... 15 Porque se ha realizado tatuajes ..... 16 Otra ( <i>especifique</i> ) ..... 96	Cualquier respuesta⇒ Siguiente módulo

<p><b>HA31.</b> ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE PIENSA QUE NO TIENE RIESGO?  <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i></p>	<p>Conoce bien a su pareja/su pareja es fiel... 1          Tiene una sola pareja sexual ..... 2          No tiene relaciones sexuales ..... 3          No tiene sexo con desconocidos ..... 4          Usa el condón ..... 5          No le han hecho transfusiones ..... 7          No es trabajadora del sexo/ No frecuenta trabajadoras del sexo..... 8          Otra (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	<p>Cualquier respuesta⇒          Siguiendo módulo</p>
<p><b>HA32.</b> ¿DÓNDE SE REALIZÓ LA ÚLTIMA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sector público          Hospital del MINSAL ..... 20          Unidad de salud del MINSAL ..... 21          Hospital del ISSS ..... 22          Unidad (Clínica) del ISSS ..... 23          Clínica comunal o municipal ..... 24          Cruz Roja Salvadoreña ..... 25            Otra institución pública          (<i>especifique</i>) ..... 26            Sector Médico Privado          Hospital Privado ..... 31          Clínica ..... 32          Clínica de ONG ..... 33          Laboratorio privado ..... 34          Otro centro médico .....          privado (<i>especifique</i>) ..... 36            Otro sitio (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		TA
<b>TA1.</b> ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS PITADAS?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero ..... 00 Edad..... ____	00⇒TA6
<b>TA3.</b> ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos ..... ____	
<b>TA5.</b> EN EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS?  <i>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"</i>	Número de días ..... 0 ____  10 días o más pero menos de un mes..... 10  Todos los días/casi todos los días ..... 30	
<b>TA6.</b> ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO FUMABLE QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO, POR EJEMPLO, CIGARROS, PIPA DE AGUA O PIPA?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO FUMABLE?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO FUMABLE CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES?  <i>Circule todos los productos mencionados.</i>	Cigarros ..... A Pipa de agua ..... B Cigarrillos ..... C Pipa ..... D  Otros (especifique) ..... X	
<b>TA9.</b> DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO FUMABLE?  <i>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"</i>	Número de días ..... 0 ____  10 días o más pero menos de un mes..... 10  Todos los días/casi todos los días ..... 30	

<b>TA10.</b> ¿ALGUNA VEZ PROBÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR, RAPÉ SECO O HÚMEDO?	Sí..... 1 No ..... 2	2 ⇒TA14
<b>TA11.</b> EN EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO?	Sí..... 1 No ..... 2	2 ⇒TA14
<b>TA12.</b> ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES?  <i>Circule todos los productos mencionados.</i>	Tabaco de mascar ..... A Rapé seco ..... B Rapé húmedo ..... C  Otros ( <i>especifique</i> ) ..... X	
<b>TA13.</b> DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO NO FUMABLE/ SIN HUMO?  <i>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”</i>	Número de días ..... 0 ____  10 días o más pero menos de un mes..... 10  Todos los días/casi todos los días ..... 30	
<b>TA14.</b> ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL.  ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No ..... 2	2⇒Siguiente módulo
<b>TA15.</b> CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN SHOT/CHUPITO 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⇒Siguiente módulo
<b>TA16.</b> DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL?  <i>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”</i>	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⇒Siguiente módulo
<b>TA17.</b> EN EL ÚLTIMO MES, EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ..... ____ ____	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA		LS
<p><b>LS2.</b> ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.</p> <p>PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?</p> <p>TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestrela cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.</i></p>	<p>Muy feliz ..... 1</p> <p>Algo feliz ..... 2</p> <p>Ni feliz ni infeliz ..... 3</p> <p>Un poco infeliz ..... 4</p> <p>Muy infeliz ..... 5</p>	
<p><b>LS3.</b> AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.</p> <p>EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.</p> <p>TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.</i></p> <p>¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muy satisfecha ..... 1</p> <p>Algo satisfecha ..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha ..... 4</p> <p>Muy insatisfecha ..... 5</p>	
<p><b>LS4.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?</p>	<p>Muy satisfecha ..... 1</p> <p>Algo satisfecha ..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha ..... 4</p> <p>Muy insatisfecha ..... 5</p>	
<p><b>LS5.</b> DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2014, ¿HA ASISTIDO A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	2⇒LS7
<p><b>LS6.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha ..... 1</p> <p>Algo satisfecha ..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha ..... 4</p> <p>Muy insatisfecha ..... 5</p>	
<p><b>LS7.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene empleo ..... 0</p> <p>Muy satisfecha ..... 1</p> <p>Algo satisfecha ..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha ..... 4</p> <p>Muy insatisfecha ..... 5</p>	

<b>LS8.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS9.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?  <i>En caso de que sea necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS10.</b> ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS11.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS12.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS13.</b> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?  <i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i>	No tiene ingresos..... 0  Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha ..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha ..... 3 Un poco insatisfecha ..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
<b>LS14.</b> ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO?	Mejorado..... 1 Mantenido más o menos igual..... 2 Empeorado ..... 3	
<b>LS15.</b> ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?	Mejor..... 1 Más o menos igual ..... 2 Peor ..... 3	

<b>WM11.</b> <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos ..... __ : __	
<b>WM12.</b> <i>Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.</i> <i>¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?</i>		
<p><input type="checkbox"/> <i>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.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>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.</i></p>		






Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo






Observaciones del Supervisor

## TARJETA DE RESPUESTA:

## LADO 1

<b>Muy feliz</b>	<b>Algo feliz</b>	<b>Ni feliz ni infeliz</b>	<b>Un poco infeliz</b>	<b>Muy infeliz</b>
				

## LADO 2

<b>Muy satisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Ni satisfecha ni insatisfecha</b>	<b>Un poco insatisfecha</b>	<b>Muy insatisfecha</b>
				



EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES POR  
CONGLOMERADOS, MICS 2014

CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<p>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.</p>		
UF1. Número de conglomerado: _____	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: ____/____/2014	
<p>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</p> <p>SOMOS DE DIGESTYC-MINSAL. 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 (<i>NOMBRE DEL NIÑO/A DE UF3</i>). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>30</b> MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ Estrictamente CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p> <p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (<i>NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA DE UF3</i>) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>30</b> MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ Estrictamente CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>		
<p>¿PUEDE COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</p>		
<p>UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años</p> <p>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</p>	<p>Completada ..... 01</p> <p>Ausente ..... 02</p> <p>Rechazo ..... 03</p> <p>Completada parcialmente ..... 04</p> <p>Incapacitada ..... 05</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	
UF10. Nombre y número del editor de campo: Nombre _____	UF11. Nombre y número del digitador de datos principales Nombre _____	
UF12. Anote la hora.	<p>Hora y minutos..... : ____</p>	

EDAD		AG
<p><b>AG1.</b> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</p> <p>Debe anotar el mes y el año.</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día ..... _ _</p> <p>No sabe día ..... 98</p> <p>Mes ..... _ _</p> <p>Año ..... _ _ _ _</p>	
<p><b>AG2.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p>Anote la edad en años completos.</p> <p>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</p> <p>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</p>	<p>Edad (en años completos)..... _</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<p><b>BR1.</b> ¿TIENE LA PARTIDA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLA?</p>	<p>Sí, visto .....1</p> <p>Sí, no visto.....2</p> <p>No.....3</p> <p>No sabe .....8</p>	<p>1⇒ Siguiendo módulo</p> <p>2⇒ Siguiendo módulo</p>
<p><b>BR2.</b> ¿HA SIDO ASENTADO EN LA ALCALDÍA EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí .....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe .....8</p>	<p>1⇒ Siguiendo módulo</p>
<p><b>BR3.</b> ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																
<b>EC1.</b> ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA ( <i>nombre</i> )?	Ninguno ..... 00 Número de libros de niños ..... 0 ____ Diez o más libros ..... 10																	
<b>EC2.</b> QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE ( <i>nombre</i> ) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.  ¿JUEGA CON: <b>[A]</b> JUGUETES CASEROS (TALES COMO HONDILLAS, CAPIRUCHO U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?  <b>[B]</b> JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?  <b>[C]</b> OBJETOS DEL HOGAR (COMO BOTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS 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.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Juguetes de tienda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Juguetes caseros.....	1	2	8	Juguetes de tienda.....	1	2	8	Objetos del hogar u objetos del exterior .....	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Juguetes caseros.....	1	2	8															
Juguetes de tienda.....	1	2	8															
Objetos del hogar u objetos del exterior .....	1	2	8															
<b>EC3.</b> A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA.  ¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A ( <i>nombre</i> ):  <b>[A]</b> SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA?  <b>[B]</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 . ____																	
<b>EC4.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a  <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5  <input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase al módulo siguiente (Lactancia e Ingesta Alimentaria)																		
<b>EC5.</b> ¿ASISTE ( <i>nombre</i> ) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?	Sí. .... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8																	

<p><b>EC7.</b> EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON <i>(nombre)</i>:  <i>Si es "SI", pregunte:</i>          ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON <i>(nombre)</i>?  <i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A <i>(nombre)</i> O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON <i>(nombre)</i>?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A <i>(nombre)</i> ?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A <i>(nombre)</i> O CANTÓ CON <i>(nombre)</i>, INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A <i>(nombre)</i> A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGÚN RECINTO, PATIO U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON <i>(nombre)</i> ?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A <i>(nombre)</i> O CON <i>(nombre)</i> ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Leyó libros	A	B	X	Y	Contó cuentos	A	B	X	Y	Cantaron canciones	A	B	X	Y	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	Jugó	A	B	X	Y	Nombró/contó	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																																	
Leyó libros	A	B	X	Y																																	
Contó cuentos	A	B	X	Y																																	
Cantaron canciones	A	B	X	Y																																	
Lo llevó fuera	A	B	X	Y																																	
Jugó	A	B	X	Y																																	
Nombró/contó	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE <i>(nombre)</i>. 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 <i>(nombre)</i>.</p> <p>¿PUEDE <i>(nombre)</i> IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> ¿PUEDE <i>(nombre)</i> LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, POPULARES?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> ¿SABE <i>(nombre)</i> EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> ¿PUEDE <i>(nombre)</i> LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> ¿SE SIENTE <i>(nombre)</i> A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC13.</b> ¿PUEDE <i>(nombre)</i> SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC14.</b> CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE <i>(nombre)</i> HACERLO POR SÍ SOLO/A?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>																																				

<b>EC15.</b> ¿SE LLEVA ( <i>nombre</i> ) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí.....	1	
	No .....	2	
	No sabe.....	8	
<b>EC16.</b> ¿ ( <i>Nombre</i> ) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí.....	1	
	No .....	2	
	No sabe.....	8	
<b>EC17.</b> ¿SE DISTRAE ( <i>nombre</i> ) FÁCILMENTE?	Sí.....	1	
	No .....	2	
	No sabe.....	8	

LACTANCIAE INGESTA ALIMENTARIA		BD
<b>BD1.</b> Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
<b>BD2.</b> ¿HA SIDO AMAMANTADO ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2⇒BD4 8⇒BD4
<b>BD3.</b> ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
<b>BD4.</b> AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN (PACHA)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
<b>BD5.</b> ¿TOMÓ ( <i>nombre</i> ) 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	
<b>BD6.</b> ¿TOMÓ O COMIÓ ( <i>nombre</i> ) 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	
<b>BD7.</b> AHORA QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE ( <i>nombre</i> ) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI ( <i>nombre</i> ) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS.  POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.  ¿BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) ( <i>nombre del ítem</i> ) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE?	Sí No NS	
<b>[A]</b> AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola 1 2 8	
<b>[B]</b> JUGO O BEBIDAS DE JUGO?	Jugo o bebidas de jugo 1 2 8	
<b>[C]</b> SOPA (SIN VEGETALES NI CARNES)?	Sopa de vegetales o de alguna hoja verde 1 2 8	
<b>[D]</b> LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche 1 2 8	
<b>Si es sí:</b> ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE? Si es 7 o más veces, guarde '7'. Si es desconocido, guarde '8'.	Número de veces que bebió leche .....	
<b>[E]</b> LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS?	Leche de fórmula 1 2 8	
<b>Si es sí:</b> ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ ( <i>nombre</i> ) LECHE DE FÓRMULA? Si es 7 o más veces, guarde '7'. Si es desconocido, guarde '8'.	Número de veces bebió leche de fórmula.....	
<b>[F]</b> ALGÚN OTRO LÍQUIDO? (Especifique)_____	Otro líquido 1 2 8	

<b>BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE., ESTOY INTERESADA EN SABER SI (nombre) CONSUMIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</b> <b>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</b> <b>COMIÓ (nombre) AYER (nombre del alimento) DE DÍA O DE NOCHE:</b>				
		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogurt	1	2	8
<i>Si es sí:</i> CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)? <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i>		Número de veces que comió/bebió yogurt ____		
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBES TIPO <b>Cerelac o Gerber?</b>	Cerelac/Gerber	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CALABACÍN, PATATAS DULCES (CAMOTE) QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, camote, calabacín, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, ÑAME BLANCO, YUCA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, ñame blanco, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS (CHIPILÍN, MORA)?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS ?	Mangos maduros	1	2	8
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA?	Otras frutas o verduras	1	2	8
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTROS ÓRGANOS DE CARNES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, CORDERO, CABRA, POLLO O PATO?	carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, 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] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, GUISANTES, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO?	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8
(Especifique) _____				
<b>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</b> <input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11 <input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10				
<b>BD10. Averigüe para determine si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche</b> <input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11				
<b>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</b> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i>		Número de veces..... ____ NS..... 8		

VACUNACIÓN										IM
Si está disponible la tarjeta de inmunización ( <b>salud infantil</b> ), copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registrada en la tarjeta.. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la tarjeta de inmunización no está disponible.										
<b>IM1.</b> ¿TIENE ALGÚN CARNÉ EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A ( <i>nombre</i> )? <i>(Si la respuesta es "sí", pregunte)</i> ¿PUEDO VERLO POR FAVOR?					Sí, visto ..... 1 Sí, no visto ..... 2 No hay tarjeta ..... 3					1⇒IM3 2⇒IM6
<b>IM2.</b> ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA TARJETA DE VACUNACIÓN DE ( <i>salud infantil</i> ) DE ( <i>nombre</i> )?					Sí. .... 1 No ..... 2					1⇒IM6 2⇒IM6
<b>IM3.</b> (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. (b) Anote '44' en la columna "día" si la tarjeta muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.					Fecha de vacunación Día      Mes      Año					
BCG      BCG										
POLIO 1      OPV1										
POLIO 2      OPV2										
POLIO 3      OPV3										
PENTAVALENTE 1										
PENTAVALENTE 2										
PENTAVALENTE 3										
ROTAVIRUS 1										
ROTAVIRUS 2										
NEUMOCOCO 1										
NEUMOCOCO 2										
PRIMER REFUERZO NEUMOCOCO										
TRIPLE VIRAL (MMR)      SARAMPIÓN										
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)      VITA										
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)      VITA2										
<b>IM4.</b> Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la BCG a Triple viral)? <input type="checkbox"/> Sí⇒Vaya a IM18 <input type="checkbox"/> No ⇒Continúe con IM5										

<b>IM5.</b> ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?  <input type="checkbox"/> <i>Sí⇒Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM18</i>  <input type="checkbox"/> <i>No/NS⇒Continúe con IM18</i>		
<b>IM6.</b> ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒IM18 8⇒IM18
<b>IM7.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO IZQUIERDO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	
<b>IM8.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ UNA VACUNA EN GOTAS EN LA BOCA PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒IM11 8⇒IM11
<b>IM10.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?	Número de veces ..... _	
<b>IM11A.</b> ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ ( <i>nombre</i> ) LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO, PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA, LA HEPATITIS B, LA INFLUENZA TIPO B O LA DIFTERIA?  <i>Indague indicando que la vacuna Pentavalente algunas veces se aplica en el mismo momento que la Polio</i>	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM12A.</b> ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA PENTAVALENTE?	Número de veces ..... _	
<b>IM16.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN (O MMR O MR); ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN, LAS PAPERAS O LA RUBEOLA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	
<b>IM17A.</b> ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ ( <i>nombre</i> ) INYECCIONES DE LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO; ES DECIR, UNA INYECCIÓN PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒IM17C 8⇒IM17C
<b>IM17B.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCO?	Número de veces ..... _	
<b>IM17C.</b> RECIBIÓ ALGUNA VEZ ( <i>nombre</i> ) LAS VACUNAS ORALES CONTRA EL ROTAVIRUS; ES DECIR, CONTRA EL GERMEN O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE ?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒IM18 8⇒IM18
<b>IM17D.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ORAL CONTRA EL ROTAVIRUS?	Número de veces ..... _	
<b>IM18.</b> ¿RECIBIÓ ( <i>nombre</i> ) UNA DOSIS DE VITAMINA A <b>COMO ESTA/ALGUNA DE ESTAS</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?  <i>Muéstrele los tipos comunes de ampollas/ cápsulas/jarabes</i>	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<b>CA1.</b> EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (nombre) DIARREA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒CA7 8⇒CA7
<b>CA2.</b> ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (nombre) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).  DURANTE EL TIEMPO EN QUE (nombre) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió "menos", indague:</i> ¿LE DIO 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	
<b>CA3.</b> DURANTE EL TIEMPO QUE (nombre) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde "menos", indague:</i> ¿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	
<b>CA3A.</b> ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4
<b>CA3B.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?  <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?  Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospital del MINSAL ..... A Unidad de salud del MINSAL ..... B Promotor/a de salud del MINSAL ..... D Hospital del ISSS ..... E Unidad (Clínica) del ISSS ..... F Clínica comunal o municipal ..... G Otro público ( <i>especifique</i> ) ..... H  Sector médico privado Hospital privado ..... I Clínica / Médico privado ..... J Farmacia ..... K Clínica móvil (ONG) ..... L Otro privado ( <i>especifique</i> ) ..... O  Otras fuentes Pariente / amigo ..... P Tienda ..... Q Curandero/a Sobador ..... R  Otro ( <i>especifique</i> ) ..... X	

<p><b>CA4.</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SUERO ORAL EN POLVO SRO (PRESENTACIÓN DE SOBRE)?</p> <p>[B] ALGÚN LIQUIDO DE SUERO ORAL EN BOTELLA PARA DIARREA COMO PEDALITE, ORALDEX U OTROS ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRO en polvo (presentación de sobre).....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>liquido de SRO pre-embasado .....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8		liquido de SRO pre-embasado .....1	2	8		
	Sí	No	NS											
SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8												
liquido de SRO pre-embasado .....1	2	8												
<p><b>CA4A.</b> Verifique CA4: SRO</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇒ Vaya a CA4C</p>														
<p><b>CA4B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO (SUERO ORAL)?</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL ..... 11</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... 12</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL ..... 13</p> <p>Hospital del ISSS ..... 14</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... 15</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... 17</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital ..... 21</p> <p>Clínica / Médico privada ..... 22</p> <p>Médico privado ..... 23</p> <p>Farmacia ..... 24</p> <p>Clínica móvil (ONG) ..... 25</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... 30</p> <p>Tienda ..... 31</p> <p>Curandero/a Sobador ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa ..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>													
<p><b>CA4C</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR JARABE DE ZINC?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA4F</p> <p>8⇒CA4F</p>												

<p><b>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</b></p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL ..... 11</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... 12</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL ..... 13</p> <p>Hospital del ISSS ..... 14</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... 15</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... 17</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital ..... 21</p> <p>Clínica / Médico privada ..... 22</p> <p>Médico privado ..... 23</p> <p>Farmacia ..... 24</p> <p>Clínica móvil (ONG) ..... 25</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... 30</p> <p>Tienda ..... 31</p> <p>Curandero/a Sobador ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa ..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) ALGO DE LO SIGUIENTE:</b></p> <p>Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</p> <p>[A] AGUA DE ARROZ?</p> <p>[B] AGUA DE COCO?</p> <p>[C] JUGOS NATURALES SIN AZÚCAR (NO DE SOBRE O ENVASADOS)?</p>	<p>Sí No NS</p> <p>Agua de arroz ..... 1 2 8</p> <p>Agua de coco ..... 1 2 8</p> <p>Jugos naturales sin azúcar ..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>

<p><b>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</b></p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico ..... A</p> <p>Antiespasmódico ..... B</p> <p>Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe ..... H</p> <p>Inyección</p> <p>Antibiótica ..... L</p> <p>No antibiótica ..... M</p> <p>No sabe tipo de inyección ..... N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas ..... Q</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) ..... X</p>	
<p><b>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (NOMBRE) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p><b>CA8. CUANDO (NOMBRE) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEA?</b></p>	<p>Problema en el pecho solamente ..... 1</p> <p>Nariz tapada o que moquea solamente ..... 2</p> <p>Ambos ..... 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>) ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p>	
<p><b>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p><b>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</b></p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</p> <p>Indague para identificar cada tipo de fuente.</p> <p>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL ..... A</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... B</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL ..... D</p> <p>Hospital del ISSS ..... E</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... F</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... G</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) ..... H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado ..... I</p> <p>Clínica / Médico privado ..... J</p> <p>Farmacia ..... K</p> <p>Clínica móvil (ONG) ..... L</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) ..... O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... P</p> <p>Tienda ..... Q</p> <p>Curandero/a Sobador ..... R</p>	

(Nombre del lugar)	Otro ( <i>especifique</i> ) _____ X	
<b>CA12.</b> ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A ( <i>nombre</i> ) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒CA14 8⇒CA14
<b>CA13.</b> ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A ( <i>nombre</i> )?  <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?  Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.  _____ (Nombre)	Antibióticos Pastilla / Jarabe.....I Inyección.....J  Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina.....Q Ibuprofeno.....R Jarabe para la tos.....S Aspirinita.....T  Otro ( <i>especifique</i> )_____X No sabe.....Z	
<b>CA13A.</b> Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I - J)?  <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14		
<b>CA13B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO EL ( <i>nombre del medicamento en CA13</i> )?  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.  _____ (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del MINSAL.....11 Unidad de salud del MINSAL.....12 Promotor/a de salud del MINSAL.....13 Hospital del ISSS.....14 Unidad (Clínica) del ISSS.....15 Clínica comunal o municipal.....17 Otro público ( <i>especifique</i> ).....16  Sector médico privado Hospital.....21 Clínica / Médico privada.....22 Médico privado.....23 Farmacia.....24 Clínica móvil (ONG).....25 Otro privado ( <i>especifique</i> ).....26  Otras fuentes Pariente / amigo.....30 Tienda.....31 Curandero/a Sobador.....32  Ya tenía en su casa.....40 Otro ( <i>especifique</i> ).....96	
<b>CA14.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a  <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a UF13		

<b>CA15.</b> LA ÚLTIMA VEZ QUE ( <i>nombre</i> ) HIZO PUPÚ O ASIENTO, ¿CÓMO SE ELIMINÓ?	El niño usó el inodoro / letrina.....	01
	Lo puso / descartó en el inodoro o letrina .	02
	Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca .....	03
	Se tiró a la basura (residuo sólido) .....	04
	Se enterró .....	05
	Se dejó al aire libre .....	06
	Otro ( <i>especifique</i> ) .....	96
No sabe .....	98	

<b>UF13.</b> Anote la hora.	Hora y minutos ..... : ..
-----------------------------	---------------------------

<p><b>UF14.</b> Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</p> <p>¿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?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso.</p> <p>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</p>
---

ANTROPOMETRÍA		AN
<p>Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a.</p> <p>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. Cuando todas las medidas de antropometría estén completas, el medidor procederá con el Módulo de Medición de Hemoglobina para cada niño.</p>		
<b>AN1.</b> Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
<b>AN2.</b> Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas ..... 1	2⇒AN6
	El niño/ la niña no estaba presente ..... 2	
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó ..... 3	3⇒AN6
	Otro (especifique) ..... 6	6⇒AN6
<b>AN3.</b> Peso del niño/a	Kilogramos (kg)..... ____ . ____	
	No se midió el peso ..... 99.9	
<b>AN3A.</b> ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.		
<b>AN3B.</b> Verifique la edad del niño/a en AG2: <input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla (acostado). <input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
<b>AN4.</b> Estatura/talla del niño/a	Talla..... ____ . ____	⇒AN5
	No se midió la Talla/estatura ..... 999.9	
<b>AN4A.</b> ¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?	Acostado..... 1	
	De pie ..... 2	

**AN6.** ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?

- ☐ Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.
- ☐ No ⇒ Continúe con el Módulo de Hemoglobina.

HEMOGLOBINA											
<b>HM1.</b> Nombre y número del medidor:	Nombre _____										
<b>HM2.</b> Verifique AG2. <input type="checkbox"/> 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM4 <input type="checkbox"/> 0 años de edad ⇒ Continúe											
<b>HM3.</b> Copie la fecha de nacimiento del niño/a que aparece en AG1 a la tabla. En la segunda línea, agregue 6 meses a la fecha de nacimiento. ¿Es esta fecha anterior a la de la entrevista?  <input type="checkbox"/> Si ⇒ Continúe <input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a HM6	Si DÍA ES 98 ESCRIBA '01'.  Fecha de nacimiento:  +6 meses:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>---</td> <td>---</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>---</td> <td>---</td> <td>---</td> </tr> </tbody> </table>	DÍA	MES	AÑO	---	---	---	---	---	---
DÍA	MES	AÑO									
---	---	---									
---	---	---									
<b>HM4.</b> Lea la carta de y pregunte únicamente si se concede el permiso para realizar el test de Hemoglobina en el niño.  COMO PARTE DE LA ENCUESTA, SOLICITAMOS QUE TODOS LOS NIÑOS MAYORES DE 5 MESES Y MENORES DE CINCO AÑOS PARTICIPEN EN UN TEST DE ANEMIA.  ANEMIA ES UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE QUE USUALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA MALA NUTRICIÓN, INFECCIONES O ENFERMEDADES CRÓNICAS. LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA PERMITEN AYUDAR AL GOBIERNO A DESARROLLAR PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA. PEDIMOS QUE TODOS LOS NIÑOS SEIS MESES O MÁS, PARTICIPEN EN EL TEST DE ANEMIA INCLUIDO EN ESTA ENCUESTA, DONANDO ALGUNAS GOTAS DE SANGRE DE UNO DE SUS DEDOS. PARA ESTE TEST, UTILIZAMOS UN EQUIPO PROPIO Y NO RIESGOSO. NUNCA HA SIDO UTILIZADO PREVIAMENTE Y SERÁ DESECHADO DESPUÉS DE CADA TEST. LA SANGRE SERÁ EXAMINADA INMEDIATAMENTE PARA PROBAR SI TIENE ANEMIA Y LOS RESULTADOS LE SERÁN COMUNICADOS ENSEGUIDA. ESTE RESULTADO ES Estrictamente CONFIDENCIAL.											
AUTORIZA A (nombre) A PARTICIPAR EN EL TEST DE ANEMIA?	Permiso otorgado ..... 1 Permiso no otorgado ..... 2	2⇒HM6									
<b>HM5.</b> Resultados del test de hemoglobina	Valor .....g/dl ____ . ____  No tomo la muestra El niño/a no lo permite.....992 Otro (Especifique) ..... 996										
<b>HM6.</b> Hay otro niño menor de 5 años en el hogar?  <input type="checkbox"/> Si ⇒ Continúe con el Modulo de Hemoglobina para ese niño. <input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.											

**Observaciones de la entrevistadora**

**Observaciones del Editor de Campo**

**Observaciones del Supervisor**

**Observaciones del medidor**