

**LA INFORMACIÓN SOLICITADA ESTÁ AMPARADA POR EL SECRETO ESTADÍSTICO
Y ES EstrictAMENTE CONFIDENCIAL
LEY 10 de 22 de enero de 2009**



Recorrido N°
Cuestionario N°
Hogar N°
Semana N°

ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES POR CONGLOMERADO - PANAMÁ 2013

PARA USO DE LA OFICINA

Provincia	Distrito	Corregimiento	Estrato	UPM	Recorrido N°	Cuestionario N°	Hogar N°	Semana N°

CUESTIONARIO DE HOGAR PANAMÁ

CAPÍTULO I. PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR

HH

HH1. Unidad Primaria: <input type="text"/>	HH7A. Distrito: <input type="text"/>
HH2A. Cuestionario N°: <input type="text"/>	HH7B. Corregimiento: <input type="text"/>
HH2. Hogar N°: <input type="text"/>	HH7C. Lugar poblado o Barriada: <input type="text"/>
HH3. Encuestadora: <input type="text"/> HH3A. Cod. <input type="text"/>	HH7D. Calle o Avenida (No. o Nombre): <input type="text"/>
HH4. Supervisor(a): <input type="text"/> HH4A. Cod. <input type="text"/>	HH7E. Edificio o Casa (No. o Nombre): <input type="text"/>
HH5. Fecha de la entrevista: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Día Mes Año </div>	HH7F. Cuarto o Apartamento No.: <input type="text"/>
HH7. Provincia o Comarca: <input type="text"/>	

SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO Estricta CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- ☐ *Sí, se concede el permiso → HH18 anote la hora de inicio y luego comience con la entrevista.*
- ☐ *No, no se concede permiso Complete HH9. Comuníquese el resultado a su supervisor.*

HH18.
Anote la hora.

Horas:

Minutos:

ANOTE EL NOMBRE DEL INFORMANTE:

HH10. Informante HH10.A Teléfono HH10.B Informante Persona No.

HH10C. ¿CUÁNTOS HOGARES RESIDEN EN ESTA VIVIENDA? CONSIDERE COMO HOGAR EL CONSTITUIDO POR PERSONAS QUE COMPARTEN UNA OLLA EN COMÚN Y UN SOLO PRESUPUESTO PARA SUS GASTOS.

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

HH9. Resultado de la entrevista de hogar: Completa..... 01 Ningún miembro del hogar presente o ningún informante competente en casa en el momento de la visita..... 02 Todo el hogar está ausente por un periodo extenso de tiempo..... 03 Rechazo (No. dio inf.)..... 04 Vivienda vacía/La dirección no es una vivienda..... 05 Vivienda destruida..... 06 No se encontró la vivienda..... 07 Vivienda en construcción..... 08 Vivienda fusionada..... 09 Vivienda temporal..... 10 Otro <input type="text"/> (especifique) 96	HH8. ANOTE EL NOMBRE DEL JEFE/A DEL HOGAR: <input type="text"/> HH11. Número total de miembros del hogar: <input type="text"/> HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años: <input type="text"/> HH13. Entrevistas completas de mujeres de 15 a 49 años: <input type="text"/> HH14. Número de niños(as) menores de 5 años: <input type="text"/> HH15. Entrevistas completas de niños(as) menores de 5 años: <input type="text"/> HH.17 Digitado por (Nombre y número): Nombre <input type="text"/>
--	---

CAPÍTULO II. FORMULARIO DE LISTADO DEL HOGAR

HL

¿PODRÍA DECIRME EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN AQUÍ, COMENZANDO POR (EL JEFE/LA JEFA) DEL HOGAR, CONTINÚE CON EL CÓNYUGE, LOS HIJOS/AS SOLTEROS/AS DE MAYOR A MENOR. LOS HIJOS CASADOS CON SUS CÓNYUGES E HIJOS, OTROS PARIENTES, LOS MIEMBROS DEL SERVICIO DOMÉSTICO Y LOS NO PARIENTES?

Anote el nombre de (el jefe/la jefa) del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con (el jefe/la jefa) del hogar (HL3) y su sexo (HL4). Luego pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ AUNQUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO? Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas. Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del formulario de listado del hogar.

HL1. Número de línea	HL2. NOMBRE Y APELLIDOS	HL3. CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO DE (nombre) CON (EL JEFE/ LA JEFA) DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER? (SEXO)	HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)?	Para mujeres de 15 a 49 años	Para niños(as) de 5-14 años	Para niños(as) menores de 5 años	Para niños(as) de 0 a 17 años
		Jefe/Jefa... 01 Cónyuge... 02 Hijo(a)... 03 Yerno/nuera 04 Nieto(a)... 05 Padre/ Madre... 06 Suegros... 07 Hermano(a)... 08 Cuñado(a)... 09 Tío(a)... 10 Sobrino(a) 11 Otro pariente 12 Hijastro(a)/ Adoptivo(a) 13 No pariente... 14 Servicio doméstico... 15 No sabe... 98	1 Hombre 2 Mujer	98 No sabe 9998 No sabe	Anote en años comple- tos Si la edad es 95 o más anote '95'	HL7. Ende- rre en un círculo el número de línea de la madre si es una mujer de 15 a 49 años	HL8. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL RESPON- SABLE PRINCIPAL DE (nombre)?	HL9. ¿QUIÉN ES LA MADRE O EL RESPON- SABLE PRINCIPAL DE (nombre)?	HL11 ¿ESTÁ VIVA LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre)? 1 Sí 2 No ↓ HL13 8 NS ↓ HL13
Línea	Nombre	Parentesco	H M	Mes Año	Edad	15-49	Madre	Madre	S N NS
01		0 1	1 2			01			1 2 8
02			1 2			02			1 2 8
03			1 2			03			1 2 8
04			1 2			04			1 2 8
05			1 2			05			1 2 8
06			1 2			06			1 2 8
07			1 2			07			1 2 8
08			1 2			08			1 2 8
09			1 2			09			1 2 8
10			1 2			10			1 2 8
11			1 2			11			1 2 8
12			1 2			12			1 2 8

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional ☐

Sondee por miembros adicionales en el hogar.

Pregunte especialmente por algún niño o niña pequeño/a que no haya sido incluido en el listado de hogar, y por otras personas que no sean miembros de la familia (tales como empleados domésticos, amigos) pero que por lo general vivan en el hogar.

Incluya los nombres de estos miembros adicionales en la lista del hogar y complete el formulario según corresponda.


Ahora, para cada mujer de 15 a 49 años, escriba su nombre y el número de línea y cualquier otra información de identificación en el panel de información en un Cuestionario Individual de Mujeres aparte.

Para cada niño/a menor de 5 años, escriba su nombre y número de línea y el número de línea de su madre o persona encargada en el panel de información de un Cuestionario para Menores de 5 Años aparte.

Usted debe tener ahora un cuestionario por separado para cada mujer y cada niño/a en el hogar que reúnan los requisitos para ser entrevistados/as.

Para niños(as) de 0 a 17 años					Para todo(as) los miembros del hogar						
HL12. ¿VIVE LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre) EN ESTA VIVIENDA?	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE BIOLÓGICA DE (nombre)?	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre) EN ESTA VIVIENDA?	HL14A. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE BIOLÓGICO DE (nombre)?	HC1.A ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA ((nombre)?	HC1.B ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/ IDIOMA NATIVO DE (nombre)?	HC1.D ¿(nombre) PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?	HC1E.¿A QUÉ GRUPO INDÍGENA PERTENECE (nombre)? (Anote el cod. y pase a la sig. Pers.)	HC1.F ¿(nombre) SE CONSIDERA NEGRO O AFRO-DESCENDIENTE?	HC1.G ¿(nombre) SE CONSIDERA	
Si responde que Sí anote el número de línea de la madre y pase a la HL13	1 En otro lugar en Panamá	1 Sí	Si responde que Sí anote el número de línea del padre y pase a la HC1A	1 En otro lugar en Panamá	Católica 01	Español 01		Kuna 01		NEGRO (A) COLONIAL? 1	
	2 En el extranjero	2 No		2 En el extranjero	Evangélica 02	Kuna 02		Ngábe. 02	1 Sí	NEGRO (A) ANTILLANO? 2	
	3 En la cárcel, hospital u otra Institución	HC1.A	Si responde que No anote 00 y continúe	3 En la cárcel, hospital u otra Institución	Ortodoxa 03	Buglere/ Bokota 04	1 Sí	Buglé 03		NEGRO (A)? 3	
Si responde que No anote 00 y continúe	8 NS	8 NS		8 NS	Testigos de Jehová... 04	Emberá 05	2 No	Naso/ Teribe 04	2 No	OTRO? 6 (especifique)	
					Mormonismo 05	Wounmeu (Wounaan) 06	HC1F	Bokota 05	Sig. persona		
					Budismo 06	Naso 07		Emberá 06			
					Judaísmo 07	Otro lengua Indígena 09 (especifique)		Wounaan 07			
					Islamismo 09	Inglés 10		Bri Bri 09			
					Confucianismo 10	Otro 96 (especifique)		Otro 96 (especifique)			
					Ninguna 11						
					Otro 96 (especifique)						
Madre	S N NS	Padre	Religión	Lengua/Idioma	S N	Grupo Indígena	S N	Grupo Afro			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				01
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				02
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				03
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				04
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				05
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				06
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				07
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				08
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				09
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				10
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				11
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			
	1 2 3 8	1 2 8			1 2		1 2				12
			(especifique)	(especifique)		(especifique)		(especifique)			

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR SOBRE EL FORMULARIO DE LISTADO DEL HOGAR: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, los/as entrevistados/as , etc., que faciliten los procesos posteriores).

ED1. Número de línea	ED2. Nombre y edad Copie del Listado del Hogar, HL2 y HL6		ED3. ¿ASISTIÓ (nombre) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O AL PRE- ESCOLAR?		ED4A. ¿CUÁL FUE EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre)?		ED4B. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO MÁS ALTO QUE (nombre) COMPLETÓ DE ESE NIVEL?	
			Si - 1 No - 2  Siguiente persona		Preescolar..... 01 Enseñanza especial..... 02 Primaria..... 03 Vocacional..... 04 Secundaria..... 05 Superior no universitaria..... 06 Superior universitaria..... 07 Especialidad (postgrado).... 08 Maestría..... 09 Doctorado..... 10 N/S..... 98 Si el nivel es=01 ó 02 vaya directa-mente a ED5		Grado:98 NS Si menos de 1 grado, anote 00.	
Línea	Nombre	Edad	S	N	Nivel		Grado o año	
01		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
02		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
03		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
04		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
05		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
06		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
07		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
08		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
09		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
10		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
11		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
12		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

[illegible]

[illegible]

<p>WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p>	<table border="0"> <tr><td>Acueducto público del IDAAN.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>Acueducto público de la comunidad.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>Acueducto particular.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>Pozo brocal protegido.....</td><td>21</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal protegido.....</td><td>31</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal no protegido.....</td><td>32</td></tr> <tr><td>Manantial protegido.....</td><td>41</td></tr> <tr><td>Manantial no protegido.....</td><td>42</td></tr> <tr><td>Recogen agua de lluvia.....</td><td>51</td></tr> <tr><td>Carrotanque / camión cisterna.....</td><td>61</td></tr> <tr><td>Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....</td><td>81</td></tr> <tr><td>Agua embotellada/envasada.....</td><td>91</td></tr> <tr><td>Otra? _____</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(especifique)</td></tr> </table>	Acueducto público del IDAAN.....	01	Acueducto público de la comunidad.....	02	Acueducto particular.....	03	Pozo brocal protegido.....	21	Pozo artesanal protegido.....	31	Pozo artesanal no protegido.....	32	Manantial protegido.....	41	Manantial no protegido.....	42	Recogen agua de lluvia.....	51	Carrotanque / camión cisterna.....	61	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81	Agua embotellada/envasada.....	91	Otra? _____	96	(especifique)		<table border="0"> <tr><td>21</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>31</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>32</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>41</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>42</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>51</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>61</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>81</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> <tr><td>91</td><td>→</td><td>WS2</td></tr> <tr><td>96</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> </table>	21	→	WS3	31	→	WS3	32	→	WS3	41	→	WS3	42	→	WS3	51	→	WS3	61	→	WS3	81	→	WS3	91	→	WS2	96	→	WS3
Acueducto público del IDAAN.....	01																																																											
Acueducto público de la comunidad.....	02																																																											
Acueducto particular.....	03																																																											
Pozo brocal protegido.....	21																																																											
Pozo artesanal protegido.....	31																																																											
Pozo artesanal no protegido.....	32																																																											
Manantial protegido.....	41																																																											
Manantial no protegido.....	42																																																											
Recogen agua de lluvia.....	51																																																											
Carrotanque / camión cisterna.....	61																																																											
Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81																																																											
Agua embotellada/envasada.....	91																																																											
Otra? _____	96																																																											
(especifique)																																																												
21	→	WS3																																																										
31	→	WS3																																																										
32	→	WS3																																																										
41	→	WS3																																																										
42	→	WS3																																																										
51	→	WS3																																																										
61	→	WS3																																																										
81	→	WS3																																																										
91	→	WS2																																																										
96	→	WS3																																																										
<p>WS1A. ¿LAS PLUMAS O LAS LLAVES DE AGUA DE ESTE HOGAR ESTÁN UBICADAS:</p> <p>DENTRO DE LA VIVIENDA?</p> <p>DENTRO DEL TERRENO PATIO O LOTE?</p> <p>CONEXIÓN O PLUMA DEL VECINO?</p> <p>LLAVE O GRIFO PÚBLICO?</p>	<table border="0"> <tr><td>Dentro de la vivienda.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>Dentro del terreno, patio o lote.....</td><td>12</td></tr> <tr><td>Conexión o pluma del vecino.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>Llave o grifo público.....</td><td>14</td></tr> </table>	Dentro de la vivienda.....	11	Dentro del terreno, patio o lote.....	12	Conexión o pluma del vecino.....	13	Llave o grifo público.....	14	<table border="0"> <tr><td>14</td><td>→</td><td>WS3</td></tr> </table>	14	→	WS3																																															
Dentro de la vivienda.....	11																																																											
Dentro del terreno, patio o lote.....	12																																																											
Conexión o pluma del vecino.....	13																																																											
Llave o grifo público.....	14																																																											
14	→	WS3																																																										
<p>WS1B. ¿QUÉ REGULARIDAD TIENE EN EL SUMINISTRO DE AGUA PARA BEBER...</p> <p>DURANTE LA ESTACIÓN SECA...</p> <p>DURANTE LA ESTACIÓN LLUVIOSA....</p> <p>LAS 24 HORAS DEL DÍA ?</p> <p>PARTE DEL DÍA?</p> <p>OCASIONALMENTE?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Durante la estación seca</th> <th>Durante la estación lluviosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Las 24 horas del día ?.....</td><td>1</td><td>4</td></tr> <tr><td>Parte del día?.....</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>Ocasionalmente?.....</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>		Durante la estación seca	Durante la estación lluviosa	Las 24 horas del día ?.....	1	4	Parte del día?.....	2	5	Ocasionalmente?.....	3	6	<table border="0"> <tr><td>} →</td><td>WS6</td></tr> </table>	} →	WS6																																												
	Durante la estación seca	Durante la estación lluviosa																																																										
Las 24 horas del día ?.....	1	4																																																										
Parte del día?.....	2	5																																																										
Ocasionalmente?.....	3	6																																																										
} →	WS6																																																											
<p>WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?</p>	<table border="0"> <tr><td>Acueducto público del IDAAN.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>Acueducto público de la comunidad.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>Acueducto particular.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>Pozo brocal protegido.....</td><td>21</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal protegido.....</td><td>31</td></tr> <tr><td>Pozo artesanal no protegido.....</td><td>32</td></tr> <tr><td>Manantial protegido.....</td><td>41</td></tr> <tr><td>Manantial no protegido.....</td><td>42</td></tr> <tr><td>Recogen agua de lluvia.....</td><td>51</td></tr> <tr><td>Carrotanque / camión cisterna.....</td><td>61</td></tr> <tr><td>Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....</td><td>81</td></tr> <tr><td>Otra _____</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(especifique)</td></tr> </table>	Acueducto público del IDAAN.....	01	Acueducto público de la comunidad.....	02	Acueducto particular.....	03	Pozo brocal protegido.....	21	Pozo artesanal protegido.....	31	Pozo artesanal no protegido.....	32	Manantial protegido.....	41	Manantial no protegido.....	42	Recogen agua de lluvia.....	51	Carrotanque / camión cisterna.....	61	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81	Otra _____	96	(especifique)		<table border="0"> <tr><td>01</td><td>→</td><td>WS6</td></tr> <tr><td>02</td><td>→</td><td>WS6</td></tr> <tr><td>03</td><td>→</td><td>WS6</td></tr> </table>	01	→	WS6	02	→	WS6	03	→	WS6																							
Acueducto público del IDAAN.....	01																																																											
Acueducto público de la comunidad.....	02																																																											
Acueducto particular.....	03																																																											
Pozo brocal protegido.....	21																																																											
Pozo artesanal protegido.....	31																																																											
Pozo artesanal no protegido.....	32																																																											
Manantial protegido.....	41																																																											
Manantial no protegido.....	42																																																											
Recogen agua de lluvia.....	51																																																											
Carrotanque / camión cisterna.....	61																																																											
Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).....	81																																																											
Otra _____	96																																																											
(especifique)																																																												
01	→	WS6																																																										
02	→	WS6																																																										
03	→	WS6																																																										

<p>WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA ?</p>	<p>En su propio patio /lote..... 2</p> <p>En otro lado..... 3</p>	<p>2 → WS6</p>
<p>WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?</p>	<p>No. de minutos..... <input type="text"/></p> <p>No Sabe..... 998</p>	
<p>WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?</p>	<p>Mujer adulta (de 15 años o más)..... 1</p> <p>Hombre adulto (de 15 años o más)..... 2</p> <p>Niña (menor de 15)..... 3</p> <p>Niño (menor de 15)..... 4</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 → WS8</p> <p>8 → WS8</p>
<p>WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Anote todas las opciones mencionadas.</i></p>	<p>La hierve..... A</p> <p>Le añade cloro / blanqueador..... B</p> <p>La filtra con tela..... C</p> <p>Utiliza filtro de agua (cerámica, arena, Compuestos, etc) D</p> <p>Desinfección solar..... E</p> <p>La deja reposar y asentar..... F</p> <p>Otro X</p> <p>No sabe..... Z</p>	
<p>WS8. ¿QUÉ CLASE DE SERVICIO SANITARIO UTILIZAN LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> <p><i>Si responde "letrina", indague: que tipo de letrina...</i></p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i></p>	<p>Servicio conectado al alcantarillado..... 11</p> <p>Servicio conectado a tanque séptico o a fosa séptica..... 12</p> <p>Letrina de arrastre..... 13</p> <p>Servicio con conexión al mar, río o quebrada u otro lugar circundante..... 14</p> <p>Letrina o servicio de hueco con ventilación..... 21</p> <p>Letrina o servicio de hueco sin ventilación..... 22</p> <p>Letrina o servicio de hueco sin piso..... 23</p> <p>Letrina de compostaje..... 31</p> <p>Servicio colgante sobre el río o el mar..... 51</p> <p>No hay servicio sanitario, va al monte, campo.. 95</p> <p>Otro 96 (especifique)</p>	<p>95 → Sig. Cap.</p>

WS9. ¿COMPARTE USTED EL SERVICIO SANITARIO CON PERSONAS DE OTRAS VIVIENDAS?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
WS10. ¿COMPARTE EL SERVICIO SANITARIO ÚNICAMENTE CON PERSONAS DE OTRAS VIVIENDAS QUE USTED CONOCE, O ESTÁ ABIERTO AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general)..... 1 Instalación pública..... 2	2 → Sig. Cap.
WS11. ¿CUÁNTAS VIVIENDAS EN TOTAL UTILIZAN EL SERVICIO SANITARIO, INCLUYENDO SU VIVIENDA?	Número de viviendas (si menos de 10).... 0 <input type="text"/> Diez viviendas o más..... 10 NS..... 98	

CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

HC

HC2A. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE LA VIVIENDA? (No incluya la cocina, servicio y el baño)	Número de cuartos..... <input type="text"/>	
HC2. DE ESTOS: ¿CUÁNTOS CUARTOS SON SÓLO PARA DORMIR?	Número de cuartos para dormir..... <input type="text"/>	
HC3. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL PISO DE ESTA VIVIENDA?	Cemento (concreto, mosaicos o baldosas, Ladrillo)..... 1 Madera..... 2 Tierra..... 3 Otro (caña, palos, desechos)..... 6	
HC4. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL TECHO DEL EDIFICIO O CASA ?	Concreto (cemento)..... 01 Teja..... 02 Tejalit, Panalit, Techolit..... 03 Metal (zinc, aluminio, etc)..... 04 Madera protegida..... 05 Palma, paja o penca..... 06 Otros materiales..... 96	
HC5. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DEL EDIFICIO O CASA?	Bloque, ladrillo, piedra, Concreto 01 Madera (tablas, troza)..... 02 Quincha, adobe..... 03 Metal (zinc, aluminio, etc)..... 04 Palma, paja o penca, caña, palos..... 05 Sin paredes..... 06 Otros materiales..... 96	

<p>HC8. ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>[A] ELECTRICIDAD?</p> <p>[B] RADIO/EQUIPO DE SONIDO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELÉFONO FIJO?</p> <p>[E] REFRIGERADORA?</p> <p>[F] COMPUTADORA?</p> <p>[G] TIENE CONEXIÓN A INTERNET?</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/Equipo de sonido.....</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>Refrigeradora.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Computadora.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tiene conexión a Internet.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Electricidad.....	1	2	Radio/Equipo de sonido.....	1	2	Televisor.....	1	2	Teléfono fijo.....	1	2	Refrigeradora.....	1	2	Computadora.....	1	2	Tiene conexión a Internet.....	1	2	
	Sí	No																								
Electricidad.....	1	2																								
Radio/Equipo de sonido.....	1	2																								
Televisor.....	1	2																								
Teléfono fijo.....	1	2																								
Refrigeradora.....	1	2																								
Computadora.....	1	2																								
Tiene conexión a Internet.....	1	2																								
<p>HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:</p> <p>[A] RELOJ DE PULSO?</p> <p>[B] TELÉFONO CELULAR ACTIVO?</p> <p>[C] BICICLETA?</p> <p>[D] MOTOCICLETA O MOTONETA?</p> <p>[E] CARRETA HALADA POR ANIMALES?</p> <p>[F] AUTOMÓVIL O CAMIÓN?</p> <p>[G] BOTE CON MOTOR?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reloj de pulso.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono celular activo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta o 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/camión.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bote con motor.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Reloj de pulso.....	1	2	Teléfono celular activo.....	1	2	Bicicleta.....	1	2	Motocicleta o motoneta.....	1	2	Carreta halada por animales.....	1	2	Automóvil/camión.....	1	2	Bote con motor.....	1	2	
	Sí	No																								
Reloj de pulso.....	1	2																								
Teléfono celular activo.....	1	2																								
Bicicleta.....	1	2																								
Motocicleta o motoneta.....	1	2																								
Carreta halada por animales.....	1	2																								
Automóvil/camión.....	1	2																								
Bote con motor.....	1	2																								
<p>HC10. ¿Es su vivienda:</p> <p>HIPOTECADA?</p> <p>ALQUILADA?</p> <p>PROPIA?</p> <p>CEDIDA?</p> <p>CONDENADA?</p> <p>OTRA? _____ (especifique)</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Hipotecada.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Alquilada.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Propia.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Cedida.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Condenada.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Otra _____ (especifique)</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Hipotecada.....	1	Alquilada.....	2	Propia.....	3	Cedida.....	4	Condenada.....	5	Otra _____ (especifique)	6													
Hipotecada.....	1																									
Alquilada.....	2																									
Propia.....	3																									
Cedida.....	4																									
Condenada.....	5																									
Otra _____ (especifique)	6																									
<p>HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNA TIERRA QUE PUEDA USARSE PARA AGRICULTURA?</p> <p><i>Recuerde aclarar al informante que se trata solo de las tierras que pertenezcan a algún miembro de este hogar y no a familiares no miembros del hogar.</i></p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2	<p>2 → HC13</p>																				
Sí.....	1																									
No.....	2																									
<p>HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?</p> <p><i>Si es menos de 1, anote "00". Si es 95 o más, anote "95". Si no sabe, anote "98".</i></p>	<p>Hectáreas..... <input type="text"/></p>																									
<p>HC13. ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2	<p>2 → HC15</p>																				
Sí.....	1																									
No.....	2																									

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

Tabla 1: Niños/as de 1 a 14 años que son elegibles para el módulo de Disciplina Infantil

A. Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 14 años en el orden en que aparece en el Formulario de Listado del Hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 14 años de edad.

B. Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.

C. Luego anote el número total de niños de entre 1 y 14 años en el casillero correspondiente (CD6).

D. Si no hay niños de 1 a 14 años en el hogar, vaya al siguiente módulo.

CD1. Número de orden	CD2. Número de línea de HL1	CD3. Nombre de HL2	CD4. Sexo de HL4		CD5 Edad de HL6
Orden	Línea	Nombre	H	M	Edad
1	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		1	2	<input type="text"/>
CD6.	Total de niños de 1 a 14 años				<input type="text"/>

E. Si hay (un solo niño)/(una sola niña) de 1 a 14 años en el hogar, omita la tabla 2 y vaya a CD8; escriba '1' y continúe con CD9

Tabla 2: Selección aleatoria de (un niño)/(una niña) para el Cuestionario sobre Disciplina Infantil

A. Use la Tabla 2 para seleccionar a (un niño)/(una niña) de 1 a 14 años, si hay más de uno/a en ese rango de edad en el hogar.

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

C. Verifique el número total de niños elegibles (1-14) en CD6 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir.

D. Busque el recuadro en el cual se intersectan la fila y la columna y circule el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden del niño (CD1) acerca del cual se harán las preguntas.

CD7. Último dígito del número del hogar HH2	Número total de niños/as en el Hogar que son elegibles							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD8. Anote el número de orden (del niño/de la niña) seleccionado/a

CD9. Escriba para (el niño seleccionado)/(la niña seleccionada) para el módulo, el nombre y el número de línea que aparece en CD3 y CD2, según el número de orden que figura en CD8.		Nombre: _____	
		Línea N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CD10. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS(AS) LA FORMA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUIERO QUE UD. ME DIGA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (NOMBRE) A LO LARGO DEL MES PASADO			
CD11. LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (NOMBRE) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	Si..... 1 No..... 2		
CD12. LE EXPLICÓ A (NOMBRE) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Si..... 1 No..... 2		
CD13. LE SACUDIÓ O JAMAQUEÓ	Si..... 1 No..... 2		
CD14. LE GRITÓ, LE VOCIFERÓ, O LE DIO ALARIDOS.	Si..... 1 No..... 2		
CD15. LE DIO OTRA COSA QUE HACER, PARA DISTRAERLO.	Si..... 1 No..... 2		
CD16. LE GOLPEÓ O LE DIO EN LAS NALGAS CON LA MANO.	Si..... 1 No..... 2		
CD17. LE DIO UNA CUERA, LE PEGÓ EN LAS NALGAS O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Si..... 1 No..... 2		
CD18. LE LLAMÓ TONTO/A, PEREZOSO/A O DE ALGUNA OTRA FORMA PARECIDA.	Si..... 1 No..... 2		
CD19. LE GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Si..... 1 No..... 2		
CD20. LE GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	Si..... 1 No..... 2		
CD21. LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ TAN FUERTE COMO PUDO.	Si..... 1 No..... 2		
CD22. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe/ No opina..... 8		
HH19. Anote la hora.	Hora y minutos..... <input type="text"/> : <input type="text"/>		

CONTROL DE VISITAS - CUESTIONARIO DEL HOGAR

VISITA	ENCUESTADOR (A)				SUPERVISOR (A)			
	FECHA	HORA	PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA	FECHA	HORA	FIRMA
			Fecha	Hora				
1°								
2°								
3°								
4°								
5°								
6°								
7°								
8°								
9°								
10°								
Códigos: 01 Completa (todos los miembros del hogar con información) 02 Incompleta 03 No respuesta (rechazo)								

CAPÍTULO VII. PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER

WM

Esta parte del cuestionario debe ser aplicada a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna HL7). Se debe entrevistar por separado a cada mujer elegible.

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (**CANTIDAD**) MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- ☐ Sí, se concede permiso Vaya a WM10 para tomar anotar la hora y luego comenzar la entrevista.
- ☐ No, no se concede permiso Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisora.

WM3. Nombre y Apellido de la mujer: _____ WM4. Número de línea de la mujer: _____

WM6. Día Mes Año de la entrevista: / /

<p>WM7. Resultado de la entrevista con la mujer</p>	<p>Completa..... 01</p> <p>Ausente..... 02</p> <p>Rechazo..... 03</p> <p>Incompleta..... 04</p> <p>Incapacitada..... 05</p> <p>Otro _____ 96</p> <p>(especifique)</p>	
<p>WM10. Anote la hora.</p>	<p>Hora y minutos..... <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR SOBRE LOS RESULTADOS DE LA ENTREVISTA CON LAS MUJERES: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, los/as entrevistados/as , etc., que faciliten los procesos posteriores).

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

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ COMPUTADORA?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT9
MT7. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA USADO UNA COMPUTADORA ?	Si..... 1 No..... 2	1 → MT8
MT7A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ COMPUTADORA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → MT9 2 → MT9 3 → MT9 4 → MT9 5 → MT9 6 → MT9
MT8. 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	
MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT10A
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Si..... 1 No..... 2	1 → MT10B 2 → Sig. Cap.
MT10A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ INTERNET DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → Sig. Cap. 2 → Sig. Cap. 3 → Sig. Cap. 4 → Sig. Cap. 5 → Sig. Cap. 6 → Sig. Cap.
MT10B. ¿PARA CUÁL DE LAS SIGUIENTE ACTIVIDADES UTILIZÓ EL INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? [A] RECIBIR O ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO? [B] PARTICIPAR EN REDES SOCIALES? [C] LEER O DESCARGAR NOTICIAS, PERIÓDICOS O REVISTAS DE ACTUALIDAD ON-LINE? [D] INTERACCIÓN CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES? [E] OBTENER INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS O SERVICIOS? [F] COMPRA, VENTA O CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS? [G] OPERACIONES DE BANCA ELECTRÓNICA? [H] BUSCAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FORMAL O CAPACITACIÓN? [I] BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD? [J] DESCARGAR SOFTWARE, ENTRETENIMIENTO U OTROS?	Recibir o enviar correo electrónico..... A Participar en redes sociales..... B Leer o descargar noticias, periódicos o revistas de actualidad on-line..... C Interacción con organizaciones gubernamentales..... D Obtener información sobre productos o servicios..... E Compra, venta o contratación de bienes o servicios..... F Operaciones de banca electrónica..... G Buscar o participar en actividades de educación formal o capacitación..... H Buscar información sobre temas de salud..... I Descargar software, entretenimiento u otros..... J	
MT11. 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	

Todas las preguntas se refieren sólo a (niños nacidos vivos)/ (niñas nacidas vivas).

CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LOS NACIMIENTOS VIVOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ? ¿HA TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS ?	Si..... 1 No..... 2	2 → Cap. XIV
CM12. DE ESTOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO ÚLTIMA HIJA (AÚN CUANDO ESTE HAYA FALLECIDO)? <i>Se deben anotar el mes y el año.</i>	Fecha de nacimiento: Día..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el día..... 98 Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2011 <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. Vaya al capítulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD. <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. Pregunte el nombre del niño Nombre del niño / de la niña _____ Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los capítulos siguientes. Continúe con el siguiente capítulo		

CAPÍTULO XI. ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO

DB

Este capítulo al igual que los 2 subsiguientes deben aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13 y anote aquí el nombre del último hijo/a nacido/a

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA?	Si..... 1 No..... 2	1 → Sig. Cap.
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?	Más adelante..... 1 No más..... 2	2 → Sig. Cap.
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR?	Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 998	

CAPÍTULO XII. SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

MN

MN1. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Si..... 1 No..... 2	2 → MN17
MN2. ¿QUIÉN LA ANTENDIÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Auxiliar de Enfermera..... C Promotor de la Salud..... G Otra persona: Comadrona..... E Partera tradicional..... F Parientes, amigo(a)..... H Curandero/Hierbero..... I Médico Tradicional Indígena..... J Otro: _____ X _____ (especifique)	

<p>MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO?</p> <p><i>No sabe 98</i></p>	<p>Número de controles..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>																																	
<p>MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, SE LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ:</p> <p>[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</p> <p>[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</p> <p>[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</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> </tbody> </table>		Si	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2																					
	Si	No																																
Presión arterial.....	1	2																																
Muestra de orina.....	1	2																																
Muestra de sangre.....	1	2																																
<p>MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i></p> <p><i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____ (especifique)</p> <p>Nadie..... Y</p>																																	
<p>MN18. ¿DÓNDE DIO USTED A LUZ A <i>(nombre)</i>?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Su casa.....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Otra casa.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sector público</td> </tr> <tr> <td>Hospital del gobierno.....</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Clínica del gobierno/Centro de salud.....</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Puesto de salud del gobierno.....</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Otra institución pública.....</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____ (especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sector Médico Privado</td> </tr> <tr> <td>Hospital privado.....</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Clínica privada.....</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Casa privada de maternidad.....</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Otro centro médico privado.....</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____ (especifique)</td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____ (especifique)</td> </tr> </tbody> </table>	Su casa.....	11	Otra casa.....	12	Sector público		Hospital del gobierno.....	21	Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22	Puesto de salud del gobierno.....	23	Otra institución pública.....	26	_____ (especifique)		Sector Médico Privado		Hospital privado.....	31	Clínica privada.....	32	Casa privada de maternidad.....	33	Otro centro médico privado.....	36	_____ (especifique)		Otro: _____	96	_____ (especifique)		<p>11 → MN20</p> <p>12 → MN20</p> <p>96 → MN20</p>
Su casa.....	11																																	
Otra casa.....	12																																	
Sector público																																		
Hospital del gobierno.....	21																																	
Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22																																	
Puesto de salud del gobierno.....	23																																	
Otra institución pública.....	26																																	
_____ (especifique)																																		
Sector Médico Privado																																		
Hospital privado.....	31																																	
Clínica privada.....	32																																	
Casa privada de maternidad.....	33																																	
Otro centro médico privado.....	36																																	
_____ (especifique)																																		
Otro: _____	96																																	
_____ (especifique)																																		
<p>MN19. ¿NACIÓ <i>(nombre)</i> POR CESÁREA? ES DECIR, ¿SE LE HIZO UNA CIRUGÍA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>																																	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ <i>(nombre)</i>, ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Muy grande.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Más grande que el promedio.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tamaño promedio.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Más pequeño que el promedio.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Muy pequeño.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Muy grande.....	1	Más grande que el promedio.....	2	Tamaño promedio.....	3	Más pequeño que el promedio.....	4	Muy pequeño.....	5	No sabe.....	8																					
Muy grande.....	1																																	
Más grande que el promedio.....	2																																	
Tamaño promedio.....	3																																	
Más pequeño que el promedio.....	4																																	
Muy pequeño.....	5																																	
No sabe.....	8																																	

MN21. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → MN23 8 → MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i>	De la Tarjeta (kg)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> De Memoria (kg)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 99998	
MN23. ¿DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), LE VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL ?	Si..... 1 No..... 2	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es "menos de una hora", anote '00' horas.</i> <i>Si la respuesta es 'menos de 24 horas', anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/ No recuerda..... 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO DE (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGO QUE NO SEA LECHE MATERNA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR? <i>Indague: ¿ALGO MÁS?</i>	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola (sin aditivos)..... 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: _____ X (especifique)	

CAPÍTULO XIII. CONTROLES DE SALUD POST- NATAL

PN

Recuerde que este capítulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13, y anote aquí el nombre del último nacimiento

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en una instalación de salud?

☐ Sí, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN2

☐ No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 o 96) → Vaya a PN6

<p>PN2. 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><u>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>). DESPUÉS DEL PARTO ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ?</u></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 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN3. 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 ESTABA BIEN.</p> <p><u>¿ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>), ALGUIEN EVALUÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN4. AHORA DÍGAME, EN CUANTO A USTED, ¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASÓ DESPUÉS DE QUE SE FUE DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>).</p> <p><u>¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro 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>PN7. 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 EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), REVISANDO EL CORDÓN UMBILICAL, O VIENDO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL 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>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>PERSONA O PERSONAS EN MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO CHEQUEAR SU CONDICIÓN DE SALUD, QUIERO DECIR EXAMINAR SU CONDICIÓN, POR EJEMPLO HACIÉNDOLE PREGUNTAS DE SU SALUD O EVALUÁNDOLA.</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO — ALGUIEN QUE EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), CHEQUEÓ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIÓ SI SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTE CHEQUEO 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>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE LAS REVISIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (nombre) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública..... 26</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado..... 36</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en una instalación de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 o 96) → Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (nombre o tipo de instalación de salud en la MN18), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN SU SALUD?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN17. 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 u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) → Continúe con PN18</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 PN19</p>		

<p>PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINÓ EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>Persona o personas en la MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ <u>SU</u> SALUD?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿ALGUIEN LA CHEQUEÓ A <u>USTED</u>?</p> <p><i>ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</i></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN20. ¿ESTE CHEQUEO OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1 → PN21A</p> <p>2 → PN21B</p>
<p>PN21A. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p>PN21B. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ EL PRIMERO DE ESTOS CHEQUEOS?</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 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública _____ 26</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado _____ 36</p> <p>(especifique)</p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p>(especifique)</p>	

CAPÍTULO XIV. SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

IS

IS1. Verifique el Listado de Hogar; columna HL9

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?

☐ Sí → Continúe con IS2☐ No → Vaya al Sig. Cap.

IS2. ALGUNAS VECES LOS NIÑOS(AS) TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ¿CUÁLES SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA AL NIÑO(A) A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD INMEDIATAMENTE?

¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.

Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero NO induzca la respuesta con sugerencias

Si el niño(a) no puede beber o mamar..... A
 Si se pone más enfermo..... B
 Si le da fiebre..... C
 Si tiene respiraciones rápidas..... D
 Si tiene dificultad para respirar..... E
 Si hace deposiciones/heces con sangre..... F
 Si bebe poco..... G
 Si tiene alergia..... H
 Si tiene vómito..... I
 Si tiene diarrea..... J
 Otro X
 (especifique)
 Otro Y
 (especifique)
 Otro Z
 (especifique)

CAPÍTULO XV. ANTICONCEPCIÓN

CP

CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA ACTUALMENTE?

Si, actualmente embarazada.....1
 No.....2
 No está segura o no Sabe.....8

1 → Sig. cap

CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?

Si..... 1
 No..... 2

1 → CP3

CP2A. ¿EN EL PASADO HA HECHO USTED ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?

Si..... 1
 No..... 2

1 → Sig. Cap.

2 → Sig. Cap.

CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?

No induzca una respuesta.
 Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.

Salpin/Operación o esterilización femenina..... A
 Operación masculina..... B
 DIU..... C
 Inyecciones..... D
 Implantes..... E
 Pildoras..... F
 Condón masculino..... G
 Condón femenino..... H
 Diafragma..... I
 Jalea/Espuma..... J
 Amenorrea por Lactancia (MELA)..... K
 Abstinencia periódica Ritmo..... L
 Retiro..... M
 Otro X
 (especifique)

<p>UN1. Verifique CP1. Está embarazada actualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente → Continúe con UN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe → Vaya a UN5</p>		
<p>UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU EMBARAZO ACTUAL. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → UN4</p>
<p>UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?</p>	<p>Más adelante..... 1</p> <p>No más..... 2</p>	
<p>UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>1 → UN7</p> <p>2 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>
<p>UN5. Verifique CP3. Está utilizando ahora "Salpin/ operación o esterilización femenina"?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN6</p>		
<p>UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO O PREFERIRÍA NO TENER, MÁS HIJO(S)?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No puede quedar embarazada..... 3</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>2 → UN9</p> <p>3 → UN11</p> <p>8 → UN9</p>
<p>UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR PARA TENER (UN/OTRO) HIJO?</p>	<p>Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pronto/Ahora.....993</p> <p>Dice que no puede quedar embarazada.....994</p> <p>Después del matrimonio.....995</p> <p>Otro.....996</p> <p>No sabe.....998</p>	<p>994 → UN11</p>
<p>UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe → Continúe con UN9</p>		
<p>UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN10</p>		
<p>UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>1 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>

<p>UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?</p>	<p>Relaciones sexuales infrecuentes / No tiene relaciones sexuales..... A</p> <p>Menopausia..... B</p> <p>Nunca menstruó..... C</p> <p>Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D</p> <p>Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E</p> <p>Amenorrea postparto..... F</p> <p>Amamantamiento..... G</p> <p>Muy vieja..... H</p> <p>Fatalista..... I</p> <p>Otro: _____ X (especifique)</p> <p>No sabe..... Z</p>	
<p>UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”?</p> <p><input type="checkbox"/> Mencionado. → Vaya al Sig. Cap.</p> <p><input type="checkbox"/> No mencionado → Continúe con UN13</p>		
<p>UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL?</p>	<p>Hace días..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace semanas..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace meses..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace años..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>En la menopausia / Se le ha realizado histerectomía..... 994</p> <p>Antes del último nacimiento..... 995</p> <p>Nunca menstruó..... 996</p>	

CAPÍTULO XVII. ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

DV

<p>DV1. A VECES, EL COMPAÑERO O ESPOSO SE MOLESTA O SE ENOJA POR COSAS QUE LA PAREJA O ESPOSA HACE.</p> <p>EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL HOMBRE GOLPEE A SU PAREJA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:</p> <p>[A] SI ELLA SALE SIN AVISARLE?</p> <p>[B] SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS?</p> <p>[C] SI ELLA DISCUTE CON ÉL?</p> <p>[D] SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?</p> <p>[E] SI A ELLA SE LE QUEMA LA COMIDA?</p> <p>[F] SI ELLA SE VISTE PROVOCATIVAMENTE?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sale sin avisarle.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Descuida a los niños.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Discute con él.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se niega a tener relaciones sexuales con él.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le quema la comida.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se viste provocativamente.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Sale sin avisarle.....	1	2	8	Descuida a los niños.....	1	2	8	Discute con él.....	1	2	8	Se niega a tener relaciones sexuales con él.....	1	2	8	Se le quema la comida.....	1	2	8	Se viste provocativamente.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																											
Sale sin avisarle.....	1	2	8																											
Descuida a los niños.....	1	2	8																											
Discute con él.....	1	2	8																											
Se niega a tener relaciones sexuales con él.....	1	2	8																											
Se le quema la comida.....	1	2	8																											
Se viste provocativamente.....	1	2	8																											

CAPÍTULO XVIII. MATRIMONIO/UNIÓN

MA

MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE?	Sí, actualmente casada..... 1 Sí, unida con un hombre..... 2 No, 3	3 → MA5
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA?	Edad en años <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	
MA3. ADEMÁS DE USTED, ¿TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA : OTRAS PAREJAS O ESPOSAS O VIVE CON OTRAS MUJERES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → MA7 8 → MA7
MA4. ¿CUÁNTAS OTRAS PAREJAS O ESPOSAS TIENE ÉL?	Número..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	→ MA7 98 → MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE ?	Sí, casada en el pasado..... 1 Sí, vivió con un hombre en el pasado..... 2 No, 3	3 → Sig. Cap
MA6. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA, SEPARADA?	Viuda..... 1 Divorciada..... 2 Separada..... 3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED UNIDA O CASADA CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez 2	
MA8. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE UNIÓ O SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> ?	Fecha del primer matrimonio o unión Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe en qué mes..... 98 Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe en qué año..... 9998	→ Sig. Cap
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMER COMPAÑERO/ PAREJA/ESPOSO ?	Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

CAPÍTULO XIX. COMPORTAMIENTO SEXUAL

SB

Verifique que no hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay privacidad.

SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA VIDA SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca tuvo relaciones sexuales..... 00 Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/> Cuando comenzó a vivir con su primer esposo o pareja..... 95	00 → Sig. Cap.
SB2. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe / No recuerda..... 8	

<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Anote la respuesta en "años" sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años.</i> <i>Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.</i></p>	<p>Hace días..... 1 <input type="text"/></p> <p>Hace semanas..... 2 <input type="text"/></p> <p>Hace meses..... 3 <input type="text"/></p> <p>Hace años..... 4 <input type="text"/></p>	<p>4 → SB15</p>
<p>SB4. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON EL HOMBRE CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es el "novio", pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</p> <p><i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB7</p> <p>4 → SB7</p> <p>6 → SB7</p>
<p>SB6. Verifique MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) → Pase a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/No en una unión (MA1 = 3) → Continúe con SB7</p>		
<p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	
<p>SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → SB15</p>
<p>SB9. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB10. ¿CUÁL ERA SU RELACIÓN CON ESA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i></p> <p><i>Si es el "novio" preguntar:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</p> <p><i>Si La Respuesta Es "sí", Circule "2"</i> <i>Si La Respuesta Es "no", Circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB12</p> <p>4 → SB12</p> <p>6 → SB12</p>
<p>SB11. Verifique MA1 y MA7:</p> <p><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) → Pase a SB13</p> <p><input type="checkbox"/> Otro → Continúe con SB12</p>		
<p>SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	

SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si..... 1 No..... 2	2 → SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros..... <input type="text"/>	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO 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 mayor a 95, anote "95".</i>	Número de compañeros en toda su vida..... <input type="text"/> No sabe..... 98	

CAPÍTULO XX. VIH/SIDA Ó VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

HA

HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿Ha oído Ud. HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE EL VIH VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap																
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI TENGA OTRAS PAREJAS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONA CONTAGIARSE DEL VIH/ SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIH AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA DE SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE, TENGA EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA8. ¿PUEDE EL VIH/ SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO. [A] DURANTE EL EMBARAZO [B] DURANTE EL PARTO [C] LACTANDO/AMAMANTANDO	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Lactando/Amamantando.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Durante el embarazo.....	1	2	8	Durante el parto.....	1	2	8	Lactando/Amamantando.....	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Durante el embarazo.....	1	2	8															
Durante el parto.....	1	2	8															
Lactando/Amamantando.....	1	2	8															
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIH/SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																	

HA10. ¿UD. LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR(A) O TENDERO(A) SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIA CON EL VIH/ SIDA, ¿QUISIERA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIH/SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE EL/ELLA EN SU CASA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA13. Verifique CMI3: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años (CMI3 = "No" o quedó en blanco) → Vaya a HA24 <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. → Continúe con HA14																						
HA14. Verifique MN1: Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. → Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales. → Vaya a HA24																						
HA15. ¿EN CUALQUIER CHEQUEO PRENATAL DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECHAN DEL VIH/SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIH? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA DEL VIH/SIDA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <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 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> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba.....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/ SIDA COMO PARTE DE SUS CHEQUEOS PRENATALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA19 8 → HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA22 8 → HA22																				
HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	1 → HA22 2 → HA22 8 → HA22																				
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Si, un profesional de la salud atendió el parto. → Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud → Vaya a HA24																						

HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y EL MOMENTO DEL PARTO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA24 8 → HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Si..... 1 No..... 2	1 → HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3	1 → Sig. Cap 2 → Sig. Cap 3 → Sig. Cap
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2	2 → HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	1 → Sig. Cap 2 → Sig. Cap 8 → Sig. Cap
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2	

CAPÍTULO XXI. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN. PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O UN POCO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ? PUEDE MIRAR ESTA TARJETA, PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.	Muy feliz..... 1 Un poco feliz..... 2 Ni feliz ni infeliz..... 3 Un poco infeliz..... 4 Muy infeliz..... 5	
---	--	--

<p>LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.</p> <p>PUEDA MIRAR ESTA TARJETA , PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la tarjeta de respuestas y explique el significado de cada símbolo. Circule la respuesta indicada por la entrevistada para LS3 a LS13.</i></p> <p>¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2013 ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → LS7</p>
<p>LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU TRABAJO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene trabajo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta.</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener trabajo, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene trabajo..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

<p>LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?</p> <p><i>De ser necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i></p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS10. ¿EN GENERAL, CUÁN SATISFECHA, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0".</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener ingresos, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene ingresos..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

VISITA	ENCUESTADOR (A)					SUPERVISOR (A)		
	FECHA	HORA	PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA	FECHA	HORA	FIRMA
			Fecha	Hora				
1°								
2°								
3°								
4°								
5°								
6°								
7°								
8°								
9°								
10°								

Códigos: 01 Completa 02 Incompleta 03 No respuesta (rechazo)

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

CUESTIONARIO DE MUJER
PANAMÁ

CAPÍTULO VII. PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER

WM

Esta parte del cuestionario debe ser aplicada a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna HL7). Se debe entrevistar por separado a cada mujer elegible.

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (**CANTIDAD**) MINUTOS. DE
 NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE
 NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- ☐ Sí, se concede permiso Vaya a WM10 para tomar anotar la hora y luego comenzar la entrevista.
- ☐ No, no se concede permiso Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisora.

WM3. Nombre y Apellido de la mujer: _____ WM4. Número de línea de la mujer:

--	--

WM6. Día Mes Año de la entrevista:

--	--

--	--

--	--	--	--

<p>WM7. Resultado de la entrevista con la mujer</p>	<p>Completa..... 01</p> <p>Ausente..... 02</p> <p>Rechazo..... 03</p> <p>Incompleta..... 04</p> <p>Incapacitada..... 05</p> <p>Otro _____ 96</p> <p>(especifique)</p>	
<p>WM10. Añote la hora.</p>	<p>Hora y minutos..... <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR SOBRE LOS RESULTADOS DE LA ENTREVISTA CON LAS MUJERES: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, los/as entrevistados/as , etc., que faciliten los procesos posteriores).

[illegible]

CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS

PANAMÁ

CAPÍTULO XXII. PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS

Este cuestionario es para ser aplicado a todas las madres o personas encargadas (ver columna HL9 del Listado del Hogar) que cuidan niños(as) que viven con ellas y que sean menores de 5 años de edad (ver columna HL6 del Listado del Hogar). Se debe obtener la información por separado para cada menor elegible.

Repita el saludo si aún no se lo ha leído a ésta encuestada:

SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLARLE DE ESTO. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ Estrictamente CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA DEL EQUIPO DEL PROYECTO. PUEDO COMENZAR AHORA?

☐ *Sí, se concede el permiso* → vaya a UF12 para anotar la hora y luego inicie la entrevista.

☐ *No, no se concede el permiso* → complete UF9. Discuta éste resultado con su supervisor/a para definir una futura revisita.

UF3. Nombre y Apellido del niño/niña: _____ UF4. Número de línea del niño/niña:

UF5. Nombre y Apellido de la madre o persona encargada: _____ UF6. Número de línea de la madre o persona encargada:

UF8. Fecha de la entrevista: Día Mes Año

UF9. Resultado de la entrevista para niños(as) menores de 5 años

Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.

Completa.....	01
Ausente.....	02
Rechazo.....	03
Incompleta.....	04
Incapacitada.....	05
Otro _____	96
(especifique)	

UF12. Anote la hora.

Hora y minutos..... :

CAPÍTULO XXIII. EDAD

AG

AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE (nombre).

¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?

Si la madre/persona encargada sabe la fecha exacta de su cumpleaños, también registre el día; de lo contrario, circule 98 para el día.

Fecha de nacimiento

Día.....

No sabe día..... 98

Mes.....

Año.....

AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre) ?

Indague:

¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?

Anote la edad en años cumplidos.

Anote cero "00" si tiene menos de un año.

Compare y corrija AG1 y AG2 si no son consistentes

Edad (en años cumplidos).....

CAPÍTULO XXIV. REGISTRO DEL NACIMIENTO

BR

BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE (nombre)?

Si responde que sí, pregunte

¿PUEDO VERLO?

Sí, visto..... 1

Sí, no visto..... 2

No..... 3

No sabe..... 8

1 → Sig. Cap.

2 → Sig. Cap.

BR2. ¿ESTÁ INSCRITO (nombre) EN EL REGISTRO CIVIL?

Sí..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

1 → Sig. Cap.

BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?

Sí..... 1

No..... 2

BR3A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO PRINCIPAL PORQUE <i>(nombre)</i> NO ESTÁ INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL?	La oficina queda muy lejos.....	01	
	Recién nacido(a).....	02	
	Es extranjero(a).....	03	
	Falta de dinero.....	04	
	Padre o Madre no ha querido.....	05	
	Desconocimiento.....	06	
	Otro _____	96	
(especifique)			

CAPÍTULO XXV. DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL

EC

EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA <i>(nombre)</i> ?	Ninguno..... 00																	
	Número de libros de niños..... 0 <input type="text"/>																	
	Diez o más libros..... 10																	
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE <i>(nombre)</i> JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A]. JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[B]. JUGUETES COMPRADOS EN UNA TIENDA O FABRICADOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[C]. OBJETOS DEL HOGAR (COMO VASIJAS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS, ANIMALES U HOJAS)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	[A]. JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	1	2	8	[B]. JUGUETES COMPRADOS EN UNA TIENDA O FABRICADOS?	1	2	8	[C]. OBJETOS DEL HOGAR (COMO VASIJAS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS, ANIMALES U HOJAS)?	1	2	8	
	SÍ	No	NS															
[A]. JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	1	2	8															
[B]. JUGUETES COMPRADOS EN UNA TIENDA O FABRICADOS?	1	2	8															
[C]. OBJETOS DEL HOGAR (COMO VASIJAS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS, ANIMALES U HOJAS)?	1	2	8															
<i>Si el entrevistado responde "SÍ" a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño.</i>																		
EC3. A VECES LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS TIENEN QUE SALIR DE CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS EN CASA. ¿EN LA ÚLTIMA SEMANA, CUÁNTOS DÍAS DEJÓ TOTALMENTE SÓLO A <i>(nombre)</i> , ES DECIR SIN LA SUPERVISIÓN DE NADIE NI SIQUIERA OTRO NIÑO/A																		
A. DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo durante más de una hora..... <input type="text"/>																	
B. AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, MENOR DE 10 AÑOS DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño(a) durante más de una hora..... <input type="text"/>																	
<i>Si la respuesta es 'ningún día' escriba '0'. Si la respuesta es 'no sé' escriba '8'</i>																		
EC4. 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 ó 2 años → Pase al Sig. Cap.																		
EC5. ¿ASISTE <i>(nombre)</i> A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO PÚBLICO O PRIVADO, COMO CENTRO/JARDÍN INFANTIL, COIF?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → EC7 8 → EC7																
EC6. EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿CUÁNTAS HORAS ASISTIÓ <i>(nombre)</i> ?	Número de horas..... <input type="text"/>																	

<p>EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR, MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (nombre):</p> <p><i>Si es "Si", pregunte: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (nombre)?</i></p> <p><i>Circle todas las opciones que aplican.</i></p> <p>[A] LE LEYÓ LIBROS, LE SEÑALÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO A (NOMBRE)</p> <p>[B] LE CONTÓ CUENTOS A (nombre) ?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES, O CANTÓ CON (nombre), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (nombre) A PASEAR FUERA DE LA CASA, AL PATIO, PARQUE, CENTRO COMERCIAL, U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (nombre) ?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (nombre)?</p>	<table border="1" data-bbox="938 163 1182 256"> <tr> <td>Madre</td> <td>Padre</td> <td>Otro</td> <td>Nadie</td> </tr> </table> <p>Leyó libros..... A B X Y</p> <p>Contó cuentos..... A B X Y</p> <p>Cantaron canciones..... A B X Y</p> <p>Lo llevó pasear fuera A B X Y</p> <p>Jugó..... A B X Y</p> <p>Nombró, contó A B X Y</p>	Madre	Padre	Otro	Nadie	
Madre	Padre	Otro	Nadie			
<p>EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE SU NIÑO/A. LOS NIÑOS 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 SU NIÑO/A.</p> <p>¿PUEDE (nombre) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					
<p>EC9. ¿PUEDE (nombre) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, O COMUNES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					
<p>EC10. ¿SABE (nombre) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					
<p>EC11. ¿PUEDE (nombre) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRITA, DEL PISO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					
<p>EC12. ¿SE SIENTE (nombre) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					
<p>EC13. ¿PUEDE (nombre) OBEDECER INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>					

EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE <i>(nombre)</i> HACERLO POR SÍ SOLO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC15. ¿SE LLEVA <i>(nombre)</i> BIEN CON LOS OTROS NIÑOS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC16. ¿ <i>(nombre)</i> PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
EC17. ¿SE DISTRAE <i>(nombre)</i> FÁCILMENTE?, ES DECIR CUÁNDO INICIA UNA ACTIVIDAD SE LE DIFICULTA FINALIZARLA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

CAPÍTULO XXVI. LACTANCIA

BF

BF1. ¿HA SIDO AMAMANTADO <i>(nombre)</i> ALGUNA VEZ?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF3 8 → BF3
BF2. ¿TODAVÍA ESTÁ SIENDO AMAMANTADO/A?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF3. QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE <i>(nombre)</i> PUDO HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI <i>(nombre)</i> INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> AGUA SOLA (SIN ADITIVOS) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF4. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> FÓRMULA PARA BEBÉS AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF6 8 → BF6
BF5. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ <i>(nombre)</i> FÓRMULA PARA BEBÉS?	Número de veces..... <input type="text"/>	
BF6. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA (EN LITRO, EVAPORADA, TETRAPAC, ETC) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF8 8 → BF8

BF7. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ <i>(nombre)</i> LECHE ENVASADA, EN POLVO O FRESCA?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF8. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> JUGO O BEBIDAS DE JUGO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF9. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> SOPA, CONSOMÉ O CALDO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF10 8 → BF10
BF9A. ¿QUÉ TIPO DE SOPA, CONSOMÉ O CALDO TOMÓ <i>(nombre)</i> AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE, CASERO O COMERCIAL ?	Casero..... 1 Comercial..... 2 Ambos..... 3 No sabe..... 8	
BF10. ¿TOMÓ O COMIÓ <i>(nombre)</i> SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE ?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF11. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF12. ¿TOMÓ <i>(nombre)</i> ALGÚN OTRO LÍQUIDO (TÉ, AGUA CON MIEL, AGUA DE ARROZ O DE MASA, ETC) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF13. ¿TOMÓ O COMIÓ <i>(nombre)</i> YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF15 8 → BF15
BF14. ¿CUÁNTAS VECES TOMÓ O COMIÓ <i>(nombre)</i> YOGUR AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF15. ¿COMIÓ <i>(nombre)</i> CEREALES DE AVENA, ARROZ, MAÍZ, TRIGO U OTRO, CREMAS, MAICENA AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
BF16. ¿COMIÓ <i>(nombre)</i> ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O EN LA NOCHE?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → BF18 8 → BF18
BF17. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ <i>(nombre)</i> ALIMENTOS SÓLIDOS O SEMISÓLIDOS (SUAVES, BLANDOS) AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BF18. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ <i>(nombre)</i> ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	

<p>CA1. ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA7</p> <p>8 → CA7</p>																								
<p>CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO LÍQUIDO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).</p> <p>DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVO CON DIARREA, ¿BEBIÓ (<i>nombre</i>) MUCHO MENOS, UN POCO MENOS, CASI LO MISMO O MÁS LÍQUIDOS QUE LO DE COSTUMBRE?</p> <p><i>Si bebió menos, indague:</i></p> <p>LE DIO MUCHO MENOS QUE DE COSTUMBRE O UN POCO MENOS?</p>	<p>Mucho menos..... 1</p> <p>Un poco menos..... 2</p> <p>Casi lo mismo..... 3</p> <p>Más..... 4</p> <p>No se le dio nada para tomar..... 5</p> <p>No sabe..... 8</p>																									
<p>CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MUCHO MENOS, UN POCO MENOS, DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA?</p> <p><i>Si responde "menos", indague:</i></p> <p>¿MUCHO MENOS, UN POCO MENOS?</p>	<p>Mucho menos..... 1</p> <p>Un poco menos..... 2</p> <p>Casi lo mismo..... 3</p> <p>Más..... 4</p> <p>Suspendió la comida..... 5</p> <p>Nunca le dio de comer..... 6</p> <p>No sabe..... 8</p>																									
<p>CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:</p> <p><i>Lea cada una de las opciones en voz alta y registre la respuesta antes de pasar al siguiente punto.</i></p> <p>[A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL?</p> <p>[B] ALGÚN FLUÍDO DE SUERO PRE-ENVASADO PARA DIARREA COMO PEDIALYTE?</p> <p>[C] SUERO ORAL ANCALMO?</p> <p>[D] SUERO ORAL FRUTADEX?</p> <p>[E] VIDA SUERO ORAL?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de suero en paquete.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pedialyte.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ancalmo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Frutadex.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Vida suero oral.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de suero en paquete.....	1	2	8	Pedialyte.....	1	2	8	Ancalmo.....	1	2	8	Frutadex.....	1	2	8	Vida suero oral.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																							
Fluido de suero en paquete.....	1	2	8																							
Pedialyte.....	1	2	8																							
Ancalmo.....	1	2	8																							
Frutadex.....	1	2	8																							
Vida suero oral.....	1	2	8																							
<p>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA7</p> <p>8 → CA7</p>																								

<p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados.</i></p> <p><i>Anote todos los medicamentos que se mencionen.</i></p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antiespasmódico..... B</p> <p>Otros (no antibióticos, no antiespasmódico)..... 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 el tipo de inyección..... N</p> <p>Intravenosa..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otro: _____ X (especifique)</p>	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) TOS?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA8. CUÁNDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIRACIONES CORTAS Y RÁPIDAS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O A QUE MOQUEA?</p>	<p>Problema de pecho..... 1</p> <p>Nariz tapada o moqueaba solamente..... 2</p> <p>Ambos..... 3</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>6 → CA14</p>
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA12</p> <p>8 → CA12</p>

<p>CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague: ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</i></p> <p><i>Círcule todas las opciones mencionadas, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es una instalación pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital A</p> <p>Políclínicas..... B</p> <p>Centros de Salud..... C</p> <p>ULAPS, CAPS, PAIS y Subcentros..... D</p> <p>Otra institución pública.....</p> <p>_____ H</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Privado</p> <p>Hospital..... I</p> <p>Clínica..... J</p> <p>Farmacia K</p> <p>Otro: _____ O</p> <p>(especifique)</p> <p>Otra persona o lugar:</p> <p>Parientes, amigo(a)..... P</p> <p>Tienda..... Q</p> <p>Curandero/Hierbero..... R</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... S</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>(especifique)</p>	
<p>CA12. ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (nombre) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → CA14</p> <p>8 → CA14</p>
<p>CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p><i>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</i></p> <p><i>Círcule todos los medicamentos que se le administraron.</i></p>	<p>Antibiótico</p> <p>Pastilla/Jarabe..... A</p> <p>Inyección..... B</p> <p>Antimaláricos..... M</p> <p>Paracetamol / Panadol / Acetaminofen..... P</p> <p>Aspirina..... Q</p> <p>Ibuprofeno..... R</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>(especifique)</p> <p>No sabe..... Z</p>	
<p>CA14. Verifique AG2: ¿Es un niño/a menor de 3 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → Continúe con CA15</p> <p><input type="checkbox"/> No → Pase al Sig. Cap</p>		
<p>CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) HIZO UNA DEPOSICIÓN, ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN (PUPÚ)?</p>	<p>El niño usó el inodoro / letrina..... 01</p> <p>Lo puso / descartó al inodoro o letrina..... 02</p> <p>Lo puso / descartó en el desagüe o cloaca. 03</p> <p>Se tiró a la basura (residuo sólido)..... 04</p> <p>Se enterró..... 05</p> <p>Se dejó al aire libre..... 06</p> <p>Otro: _____ 96</p> <p>(especifique)</p> <p>No sabe..... 98</p>	
<p>CA15A. ¿LAVÓ USTED SUS MANOS CON AGUA Y JABÓN DESPUÉS DE ELIMINAR LA DEPOSICIÓN (PUPÚ) DE (nombre)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	

CAPÍTULO XXVIII. INMUNIZACIÓN

IM

Si está disponible una tarjeta de inmunización, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización registradas en la tarjeta. IM6-IM17F son para anotar las vacunas que no están registradas en la tarjeta. IM6-IM17F sólo deben preguntarse si no está disponible la tarjeta de inmunización.

<p>IM1. ¿TIENE (nombre) UNA TARJETA EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS?</p> <p>(Si la respuesta es "sí", pregunte)</p> <p>¿PUEDE MOSTRÁRMELA POR FAVOR?</p>	<p>Sí, vista..... 1</p> <p>Sí, no vista..... 2</p> <p>No tiene..... 3</p>	<p>1 → IM3</p> <p>2 → IM6</p>		
<p>IM2. ¿(Nombre) ALGUNA VEZ TUVO TARJETA DE INMUNIZACIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → IM6</p> <p>2 → IM6</p>		
<p>IM3.</p> <p>(a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta.</p> <p>(b) Anote "44" en la columna "día" si la tarjeta muestra que la vacuna se dio pero no indica la fecha.</p>	<p>Fecha de inmunización</p>			
	DÍA	MES	AÑO	
BCG (TUBERCULOSIS)				
HPB AL NACER (HEPATITIS B)				
DPT / PENTA 1° (PENTAVALENTE)				
DPT / PENTA 2° (PENTAVALENTE)				
DPT / PENTA 3° (PENTAVALENTE)				
DPT 5 (DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANO)				
POLIO / OPV (R.N.)				
POLIO / OPV (1°)				
POLIO / OPV (2°)				
POLIO / OPV (3°)				
POLIO / OPV (1ER REF.)				
POLIO / OPV (2DO REF.)				
TETRAVALENTE				
NEUMOCOCO 1°				
NEUMOCOCO 2°				
NEUMOCOCO 3°				
ROTAVIRUS 1°				
ROTAVIRUS 2°				
INFLUENZA (1°)				
INFLUENZA (2°)				
MMR (RUBÉOLA, PAPER A Y SARAMPÍO N,) (1°)				
MMR (REF.)				
HEP A 1°				
HEP A 2°				
FIEBRE AMARILLA / YF				
VITAMINA A1				
VITAMINA A2				
TDAP				

IM4. Verifique IM3. ¿Están todas las vacunas (de la BCG a Fiebre Amarilla) anotadas? <input type="checkbox"/> Sí → Vaya a IM18 <input type="checkbox"/> No → Continúe con IM5		
IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE INMUNIZACIÓN? Anote 'Sí' únicamente si la persona entrevistada menciona las vacunas que se muestran en el cuadro de arriba. (preg. IM3)	Sí..... 1 <i>(Indague sobre las vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM18.)</i> No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM18 8 → IM18
IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE INMUNIZACIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM18 8 → IM18
IM7. ¿ RECIBIÓ (nombre) 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	
IM8. ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VACUNA EN FORMA DE "GOTAS EN LA BOCA" PARA PROTEGERLO DE ENFERMEDADES, ES DECIR, POLIO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM11 8 → IM11
IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA Y REFUERZOS CONTRA EL POLIO?	Cantidad de veces..... <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
IM11. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (nombre) "VACUNAS INYECTADAS DE DPT" – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA? (ALGUNAS VECES SE APLICA JUNTO CON LA DEL POLIO) <i>Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica el mismo momento que la del Polio</i>	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM13 8 → IM13
IM12. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA DPT/ PENTA (nombre)?	Cantidad de veces..... <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
IM13. ¿SE LE DIO A (nombre) LA INYECCIÓN DE HEPATITIS B AL NACER – ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO – PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM16 8 → IM16
IM14. ¿ RECIBIÓ ESTA VACUNA DE HEPATITIS B, DENTRO DE LAS 12 HORAS DE NACER ?	Dentro de las 12 horas de nacer..... 1 Más tarde..... 2 No la ha recibido..... 3	
IM16. ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL MMR – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → IM17 8 → IM17
IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL MMR (nombre)?	Cantidad de veces..... <u> </u> <u> </u> <u> </u>	

<p>IM17. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS – PARA EVITAR QUE CONTRAIGA LA FIEBRE AMARILLA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el MMR/Hep A</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p>IM17A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS INYECTADAS DE NEUMOCOCO” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIA DEL NEUMOCOCO PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17C</p> <p>8 → IM17C</p>
<p>IM17B. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCO?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17C. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS ORALES CONTRA ROTAVIRUS” – ES DECIR, CONTRA EL GERMEN O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17E</p> <p>8 → IM17E</p>
<p>IM17D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ORAL CONTRA EL ROTAVIRUS (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17E. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA – ES DECIR, UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFLUENZA O GRIPE?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17G</p> <p>8 → IM17 G</p>
<p>IM17F. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17G. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS INYECTADAS DE TETRAVALENTE” – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA, INFLUENZA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17I</p> <p>8 → IM17I</p>
<p>IM17H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA TETRAVALENTE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17I. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A – ES DECIR, UNA VACUNA PARA PREVENIR LA HEPATITIS A?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM17K</p> <p>8 → IM17K</p>
<p>IM17J. ¿CUÁNTAS VECES (<i>nombre</i>) RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA HEPATITIS A?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	
<p>IM17K. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS INYECTADAS DE TDAP – ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO O EN EL GLÚTEO- PARA EVITAR QUE A EL/ELLA LE DE TÉTANO, TOS FERINA , DIFTERIA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2 → IM18</p> <p>8 → IM18</p>
<p>IM17L. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA TDAP (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Cantidad de veces..... <input type="text"/></p>	

	ENCUESTADOR (A)	SUPERVISOR (A)
--	-----------------	----------------

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR: (Favor anotar cualquier comentario / observación acerca de las entrevistas, las entrevistadas , etc., que faciliten los procesos posteriores).

[illegible]