

Apéndice F. Cuestionarios



CUESTIONARIO DE HOGAR
Paraguay 2016

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR		HH
HH1. Número de conglomerado (UPM): _____	HH2. Número de hogar (vivienda): _____	
HH3. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	HH4. Nombre y número del supervisor: Nombre _____	
HH5. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2016	HH7. Región: (dominio)	
HH6. Área: Urbana 1 Rural 2	Asunción 1 San Pedro 2 Central 3 Caaguazú 4 Alto Paraguay 5 Boquerón 6 Alto Paraná 7 Itapúa 8 Resto 9	
HH8B. ¿Ha sido el hogar seleccionado para la prueba de la calidad del agua?		
<input type="checkbox"/> Sí 1 ⇒ Aplicar cuestionario de calidad del agua <input type="checkbox"/> No 2 ⇒ No se aplica el cuestionario de calidad del agua		
<p>SOMOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON UNICEF SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ESTÁ GARANTIZADO POR EL ART. 14 DE DECRETO LEY N° 11.126 DEL 20/02/1942</p> <input type="checkbox"/> Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista. <input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule '04' en HH9. Discuta el resultado con su supervisor.		
HH9. Resultado de la entrevista del hogar:		
Completada 01 Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar 02 Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo 03 Rechazada 04 Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda 05 Vivienda destruida 06 No se encontró la vivienda 07 Otro (especificar) 96		

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

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

HH11. Número total de miembros del hogar: _____

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

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

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

HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: _____

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

HH18. Anote la hora.

Hora

Minutos

LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR

¿PODRÍA DECIRME EN PRIMER LUGAR EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE VIVEN AQUÍ, COMENZANDO POR EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR? Anote el nombre del jefe/la jefa del hogar en la línea 01. Anote los nombres de todos los miembros del hogar (HL2), su relación de parentesco con el jefe/la jefa del hogar (HL3) y su sexo (HL4).

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

Si responde sí, complete las preguntas HL2-HL4 de la lista. Después, empezando con HL5, haga todas las preguntas para cada una de las personas. Use un cuestionario adicional si se utilizaron todas las filas del listado de miembros del hogar.

HL

Linea	HL1. Número de línea	HL2. Nombre	HL3. ¿CUÁLES LA RELACIÓN DE PAREN- TESCO DE (nombre) CON EL JEFE/ LA JEFA DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER?	HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL6. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?	Para mujeres de 15 a 49 años HL7. Circule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años.	Para niños/as de 0 a 4 años HL7B. Circule el número de línea si la edad es de 0 a 4 años.	Para niños/as de 0 a 17 años								Para niños/as de 0-14 años
									HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA?	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre)	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) EN ESTA CASA?	HL14A. ¿DÓNDE VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre)	HL15. ¿QUIEN ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (nombre)?		
01			01	H	M	2	15-49	0-4	S	N	NS	Madre	1 2 3 8	Padre	1 2 3 8	Madre	
02				1	2		01	01	1	2	8		1 2 3 8				
03				1	2		02	02	1	2	8		1 2 3 8				
04				1	2		03	03	1	2	8		1 2 3 8				
05				1	2		04	04	1	2	8		1 2 3 8				
06				1	2		05	05	1	2	8		1 2 3 8				
07				1	2		06	06	1	2	8		1 2 3 8				
08				1	2		07	07	1	2	8		1 2 3 8				
09				1	2		08	08	1	2	8		1 2 3 8				
10				1	2		09	09	1	2	8		1 2 3 8				
				1	2		10	10	1	2	8		1 2 3 8				

HL1. Número de línea	HL2. Nombre	HL3. ¿CUALES LA RELACIÓN DE PAREN- TESCO DE (nombre) CON EL JEFE/ LA JEFA DEL HOGAR?	HL4. ¿ES (nombre) HOMBRE O MUJER?	HL5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (nombre)?	HL6. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (nombre)?	Para mujeres de 15 a 49 años HL7. Circule el número de línea si la edad de la mujer es de 15 a 49 años.	Para niños/as de 0 a 4 años HL7B. Circule el número de línea si la edad es de 0 a 4 años.	Para niños/as de 0 a 17 años					Para niños/as de 0-14 años
								HL11. ¿ESTÁ VIVA LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL12. ¿VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre) CASA?	HL12A. ¿DÓNDE VIVE LA MADRE NATURAL DE (nombre)?	HL13. ¿ESTÁ VIVO EL PADRE NATURAL DE (nombre)?	HL14. ¿VIVE EL PADRE NATURAL DE (nombre) CASA?	
				98 NS	Anote en años cumplidos. Si la edad es 95 o más, anote '95'			1 En otro hogar de este país en este país 2 Institución 3 Extranjero 8 NS	1 En otro hogar de este país en este país 2 Institución 3 Extranjero 8 NS	1 En otro hogar de este país en este país 2 Institución 3 Extranjero 8 NS	¿QUIÉN ES LA CUIDADORA PRIMARIA DE (nombre)?		
Linea	Nombre	Relación*	H M	Mes	Edad	15-49	0-4	S N NS	Madre	Padre	S N NS	Madre	
11			1 2			11	11	1 2 8			1 2 8	1 2 3 8	
12			1 2			12	12	1 2 8			1 2 8	1 2 3 8	
13			1 2			13	13	1 2 8			1 2 8	1 2 3 8	
14			1 2			14	14	1 2 8			1 2 8	1 2 3 8	
15			1 2			15	15	1 2 8			1 2 8	1 2 3 8	

Marque aquí si usó algún cuestionario adicional

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

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

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

EDUCACIÓN

ED

		Para miembros del hogar de 5 años de edad y mayores				Para miembros del hogar de 5 a 24 años					
ED1. Número de línea	ED2. Nombre y edad Copie de HL2 y HL6	ED3. ¿ASISTE/ ASISTIÓ (nombre) ALguna VEZ A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O PRE-ESCOLAR?	ED4A. ¿A QUÉ NIVEL CORRESPONDE EL ÚLTIMO GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE ASISTE/ASISTIÓ (nombre)?	ED4B. ¿CUAL ES EL GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE HA APROBADO DE ESE NIVEL?	ED5. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ¿ASISTE/ASISTIÓ (nombre) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?	ED6. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?	ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿ASISTIÓ (nombre) A ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PREESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?	ED8. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (nombre)?			
Línea	Nombre	Edad	Sí	No	Grado	Nivel	Sí	No	NS	Nivel	Grado
01		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
02		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
03		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
04		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
05		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
06		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
07		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
08		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
09		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
10		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8
11		—	1	2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8

EDUCACIÓN

ED

		Para miembros del hogar de 5 años de edad y mayores				Para miembros del hogar de 5 a 24 años			
ED1. Número de línea	ED2. Nombre y edad Copie de HL2 y HL6	ED3. ¿ASISTE/ ASISTIÓ (nombre) ALguna VEZ A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O PRE-ESCOLAR?	ED4A. ¿A QUÉ NIVEL CORRESPONDE EL ÚLTIMO GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE ASISTE/ASISTIÓ (nombre)?	ED4B. ¿CUAL ES EL GRADO, CURSO, AÑO MÁS ALTO QUE HA APROBADO DE ESE NIVEL?	ED5. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ¿ES DECIR 2016, ¿ASISTE/ASISTIÓ (nombre) A ALguna INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?	ED6. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?	ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿ES DECIR 2015 ¿ASISTIÓ (nombre) A ALguna INSTITUCIÓN EDUCATIVA O AL PREESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?	ED8. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿ES DECIR 2015 ¿A QUÉ NIVEL Y GRADO ASISTIÓ (nombre)?	
			<p>Nivel: 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo) Ex Primaria 4 EEB (3° Ciclo) Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS</p>	<p>Grado: 98 NS</p> <p><i>Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00".</i></p>	<p>Nivel: 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo) Ex Primaria 4 EEB (3° Ciclo) Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS</p>	<p>Grado: 98 NS</p>	<p>Nivel: 0 Grado Especial 1 Programas de Alfabetización 2 Pre-primario 3 EEB (1° y 2° Ciclo) Ex Primaria 4 EEB (3° Ciclo) Ex Secundaria Básica 5 Educación Media/Ex Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Universitario 8 NS</p>		
12		1 2	012345678	— — — —	1 2	012345678	1 2 8	012345678	— — — —
13		1 2	012345678	— — — —	1 2	012345678	1 2 8	012345678	— — — —
14		1 2	012345678	— — — —	1 2	012345678	1 2 8	012345678	— — — —
15		1 2	012345678	— — — —	1 2	012345678	1 2 8	012345678	— — — —

SL1. Verifique HL6 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 1-17 años.

Número total..... _ _

SL2. Verifique el número total de niños/as de 1-17 años en SL1:

Cero ⇒ Vaya al módulo de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

Uno ⇒ Vaya a SL9 y anote el número de orden como '1', ingrese el número de línea, el nombre y la edad del niño/a

Dos o más ⇒ Continúe con SL2A

SL2A. Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 17 años en el orden en que aparece en el Listado de miembros del hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 17 años de edad. Anote el número de línea, el nombre, sexo y edad de cada niño/a .

SL3. Número de orden	SL4. Número de línea de HL1	SL5. Nombre de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Edad de HL6
Orden	Línea	Nombre	M	F	Edad
1	_ _		1	2	_ _
2	_ _		1	2	_ _
3	_ _		1	2	_ _
4	_ _		1	2	_ _
5	_ _		1	2	_ _
6	_ _		1	2	_ _
7	_ _		1	2	_ _
8	_ _		1	2	_ _

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

Verifique el número total de niños/as (1-17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden (SL3) del niño/a seleccionado.

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

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

Número de orden _ _

Número de línea _ _

Nombre _____

Edad _ _

TRABAJO INFANTIL		CL															
CL1. Verifique la edad del niño/a seleccionado de SL9: <input type="checkbox"/> 1-4 años ⇒ Vaya al siguiente módulo <input type="checkbox"/> 5-17 años ⇒ Continúe con CL2																	
CL2. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO DE TRABAJO QUE PUEDAN HACER LOS NIÑOS/AS DE ESTE HOGAR. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, INCLUSO SEA MENOS DE UNA HORA? [A] TRABAJÓ (<i>nombre</i>) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN EL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES? [B] AYUDÓ (<i>nombre</i>) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN REMUNERACIÓN, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO? [C] PRODUJO O VENDIÓ (<i>nombre</i>) ARTÍCULOS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS? [D] EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, SE INVOLUCRÓ (<i>nombre</i>) EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, INCLUSO DURANTE SÓLO UNA HORA? <i>Si "No", indague:</i> POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (<i>nombre</i>) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Alguna otra actividad</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales	1	2	Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio	1	2	Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas	1	2	Alguna otra actividad	1	2	
	Sí	No															
Trabajó en parcela/ finca/ granja / cuidó de los animales	1	2															
Ayudó a la familia/ negocios de familiares/ llevaba su propio negocio	1	2															
Produce / vende artículos / artesanías / ropa / alimentos o productos agrícolas	1	2															
Alguna otra actividad	1	2															
CL3. Verifique CL2, A a D <input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ continúe con CL4 <input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya a CL8																	
CL4. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS DEDICÓ EN TOTAL A ESTA/S ACTIVIDAD/ES (<i>nombre</i>)? <i>Si es menos de una hora, anote "00".</i>	Número total de horas																
CL5. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE UNA GRAN CARGA DE PESO?	Sí 1 No 2	1 ⇒ CL8															

CL6. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIEREN DE TRABAJO CON HERRAMIENTAS PELIGROSAS (CUCHILLOS, ETC.) U OPERAR MAQUINARIA PESADA?	SÍ 1 NO 2	1⇒ CL8																								
CL7. CÓMO DESCRIBIRÍA EL ENTORNO DE TRABAJO DE (<i>nombre</i>)? [A] ESTÁ (<i>nombre</i>) EXPUESTO A POLVO, HUMOS O GAS? [B] ESTÁ (<i>nombre</i>) EXPUESTO A FRÍO, CALOR O HUMEDAD EXTREMOS? [C] ESTÁ (<i>nombre</i>) EXPUESTO AL RUIDO O VIBRACIONES FUERTES? [D] SE REQUIERE QUE (<i>nombre</i>) TRABAJE EN ALTURAS? [E] SE REQUIERE QUE (<i>nombre</i>) TRABAJE CON SUSTANCIAS QUÍMICAS (PESTICIDAS, PEGAMENTOS, ETC.) O EXPLOSIVOS? [F] ESTÁ (<i>nombre</i>) EXPUESTO A OTRAS COSAS, PROCESOS O CONDICIONES MALAS PARA LA SALUD O SEGURIDAD DE (<i>nombre</i>)?	SÍ 1 NO 2 SÍ 1 NO 2	1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8																								
CL8. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, BUSCÓ AGUA (<i>nombre</i>) O RECOGIÓ LEÑA PARA USO DEL HOGAR?	SÍ 1 NO 2	2⇒ CL10																								
CL9. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, EN TOTAL, CUÁNTAS HORAS DEDICÓ (<i>nombre</i>) EN IR A BUSCAR AGUA O RECOGER LEÑA PARA USO DEL HOGAR? <i>Si es menos de una hora, guarde "00"</i>	Número total de horas ____																									
CL10. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TAREAS PARA ESTE HOGAR? [A] COMPRAS O MANDADOS PARA LA CASA? [B] REPARAR ALGÚN EQUIPO DEL HOGAR (MUEBLES, ELECTRODOMÉSTICOS)? [C] COCINAR, LIMPIAR LA CASA (LAVAR CUBIERTOS, BARRER, TIRAR BASURA)? [D] LAVAR ROPAS/ZAPATOS? [E] CUIDAR DE LOS NIÑOS/AS? [F] CUIDAR DE LAS PERSONAS MAYORES O DE ENFERMOS? [G] OTRAS TAREAS DEL HOGAR?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compras o mandados para la casa.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Reparar algún equipo del hogar</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Cocinar o limpiar cubiertos de la casa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Lavar la ropa.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los niños/as</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los mayores o de enfermos</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Otras tareas del hogar</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	Compras o mandados para la casa.....	1	2	Reparar algún equipo del hogar	1	2	Cocinar o limpiar cubiertos de la casa	1	2	Lavar la ropa.....	1	2	Cuidar de los niños/as	1	2	Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2	Otras tareas del hogar	1	2	
	SÍ	NO																								
Compras o mandados para la casa.....	1	2																								
Reparar algún equipo del hogar	1	2																								
Cocinar o limpiar cubiertos de la casa	1	2																								
Lavar la ropa.....	1	2																								
Cuidar de los niños/as	1	2																								
Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2																								
Otras tareas del hogar	1	2																								

<p>CL11. Verifique CL10, A a G</p> <p><input type="checkbox"/> Hay al menos un 'Sí' ⇒ Continúe con CL12</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya al siguiente módulo</p>	
<p>CL12. EN TOTAL, CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ (nombre) PARA REALIZAR ESTA/S ACTIVIDAD/ES DEL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS?</p> <p><i>Si es menos de una hora, anote "00".</i></p>	<p>Número total de horas__ __</p>

DISCIPLINA INFANTIL		CD																																				
CD1. Verifique la edad del niño/ha seleccionado/a desde SL9: <input type="checkbox"/> 1-14 años ⇒ Continúe con CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 años ⇒ Vaya al siguiente módulo																																						
CD2. Escriba el número de línea y nombre del niño/a desde SL9.	Número de línea__ __ Nombre																																					
CD3. LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS/AS LA MANERA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUERRÍA QUE ME DIJERA SI <u>UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (nombre) EN EL MES PASADO.</u>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[B] LE EXPLICÓ A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[C] LO/LA SACUDIÓ.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[D] LE GRITÓ, LE VOCEÓ.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[F] LE DIO UNA PALIZA, LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN LA COLA SÓLO CON LA MANO.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[G] LO/LA GOLPEÓ EN LA COLA O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTO, CON UN CHICOTE U OTRO OBJETO (NO INCLUYE CON LA MANO)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HARAGÁN/A, ESTÚPIDO/A O ALGÚN OTRO INSULTO.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[I] LE DIO UNA BOFETADA, LE PEGO EN LA CABEZA O LE DIO ESTIRÓN DE OREJAS.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	1	2	[B] LE EXPLICÓ A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	1	2	[C] LO/LA SACUDIÓ.	1	2	[D] LE GRITÓ, LE VOCEÓ.	1	2	[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	1	2	[F] LE DIO UNA PALIZA, LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN LA COLA SÓLO CON LA MANO.	1	2	[G] LO/LA GOLPEÓ EN LA COLA O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTO, CON UN CHICOTE U OTRO OBJETO (NO INCLUYE CON LA MANO)	1	2	[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HARAGÁN/A, ESTÚPIDO/A O ALGÚN OTRO INSULTO.	1	2	[I] LE DIO UNA BOFETADA, LE PEGO EN LA CABEZA O LE DIO ESTIRÓN DE OREJAS.	1	2	[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	1	2	[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.	1	2	
	Sí	No																																				
[A] LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO, LE PROHIBIÓ ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA, O NO LE PERMITIÓ SALIR DE LA CASA.	1	2																																				
[B] LE EXPLICÓ A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	1	2																																				
[C] LO/LA SACUDIÓ.	1	2																																				
[D] LE GRITÓ, LE VOCEÓ.	1	2																																				
[E] LE DIO OTRA COSA QUE HACER.	1	2																																				
[F] LE DIO UNA PALIZA, LO/LA GOLPEÓ O LO/LA PALMEÓ EN LA COLA SÓLO CON LA MANO.	1	2																																				
[G] LO/LA GOLPEÓ EN LA COLA O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO CINTO, CON UN CHICOTE U OTRO OBJETO (NO INCLUYE CON LA MANO)	1	2																																				
[H] LO/LA LLAMÓ TONTO/A, HARAGÁN/A, ESTÚPIDO/A O ALGÚN OTRO INSULTO.	1	2																																				
[I] LE DIO UNA BOFETADA, LE PEGO EN LA CABEZA O LE DIO ESTIRÓN DE OREJAS.	1	2																																				
[J] LO/LA GOLPEÓ O LE DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA.	1	2																																				
[K] LE DIO UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO.	1	2																																				
CD4. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO)/(UNA NIÑA), ÉL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí 1 No 2 NS / No opina 8																																					

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
HC1A. ¿CUÁL ES LA RELIGIÓN DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Católica 1 Evangélica 2 Mormón 3 Otra religión (<i>especificar</i>) 6 Ninguna religión..... 7	
HC1B. ¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA/IDIOMA NATIVO DEL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	Guaraní 1 Guaraní y Castellano 2 Castellano 3 Otro idioma (<i>especificar</i>) 6	
HC1C. ¿A QUÉ GRUPO ÉTNICO PERTENECE EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR?	No indígena... 1 Indígena 2 Otro grupo étnico (<i>especificar</i>) 6	
HC2. ¿CUÁNTOS CUARTOS/ PIEZAS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	Número de cuartos/piezas __ __	
HC3. <i>Material predominante del piso de la vivienda.</i> <i>Anote la observación.</i>	Piso natural Tierra/Arena 11 Piso rudimentario Tablones de madera 21 Palmera/Bambú 22 Piso terminado Parquet o madera lustrada 31 Tiras de vinilo o asfalto 32 Cerámicos, baldosa común, mosaico .. 33 Cemento (Lecherada) 34 Alfombra 35 Porcelanato, mármol, granito 36 Ladrillo 37 Otro (<i>especificar</i>) 96	
HC4. <i>Material principal del techo.</i> <i>Anote la observación.</i>	Techo natural Paja/hojas de palmera sin tejer 12 Techo rudimentario Tronco de palmera/bambú (takuara) ... 22 Tablones/ tablilla de madera, 23 Cartón, hule, madera de embalaje 24 Techo terminado Metal/lata (chapa de zinc) 31 Calamina/Fibra de cemento (eternit) ... 33 Cerámicos (Teja) 34 Cemento (hormigón armado, loza o bovedilla) 35 Otro (<i>especificar</i>) 96	

<p>HC5. <i>Material principal de las paredes exteriores.</i></p> <p><i>Anote la observación.</i></p>	<p>Paredes naturales</p> <p>No tiene pared 11</p> <p>Tronco de Palmera/Bambú (takuara) ... 12</p> <p>Paredes rudimentarias</p> <p>Bambú/takuara con barro (Estaqueo).. 21</p> <p>Adobe a la vista 23</p> <p>Cartón, hule, madera de embalaje 25</p> <p>Madera reutilizada 26</p> <p>Paredes terminadas</p> <p>Ladrillo..... 33</p> <p>Bloques de cemento 34</p> <p>Adobe cubierto (revocado)..... 35</p> <p>Tablones de madera 36</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 96</p>																																																	
<p>HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU HOGAR PARA COCINAR?</p>	<p>Electricidad 01</p> <p>Gas de petróleo licuado (GPL) 02</p> <p>Kerosene, alcohol 05</p> <p>Carbón 07</p> <p>Madera (leña)..... 08</p> <p>Ninguno, no cocina..... 95</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>05⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>																																																
<p>HC7. ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA CONSTRUCCIÓN SEPARADA O A CAMPO ABIERTO?</p> <p><i>Si responde 'Dentro de la casa', indague: ¿EN UN CUARTO SEPARADO UTILIZADA COMO COCINA?</i></p>	<p>Dentro de la casa</p> <p>En una pieza separada utilizada como cocina..... 1</p> <p>En otra parte de la casa 2</p> <p>En una construcción separada 3</p> <p>A campo abierto 4</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 6</p>																																																	
<p>HC8. ¿TIENE SU HOGAR:</p> <p>[A] ELECTRICIDAD?</p> <p>[B] RADIO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELÉFONO FIJO?</p> <p>[E] REFRIGERADOR?</p> <p>[F] COCINA A GAS/ELÉCTRICA?</p> <p>[G] HORNO MICROONDAS?</p> <p>[H] HORNO ELÉCTRICO?</p> <p>[I] MAQUINA LAVARROPA?</p> <p>[J] TERMOCALFÓN?</p> <p>[K] ACONDICIONADOR DE AIRE?</p> <p>[L] ANTENA PARABÓLICA?</p> <p>[M] TV CABLE?</p> <p>[N] COMPUTADOR</p> <p>[O] GENERADOR ELÉCTRICO</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radio.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Televisor.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cocina a gas/eléctrica?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Horno microondas?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Horno eléctrico?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Maquina lavarropa?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Termocalefón?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Acondicionador de aire?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Antena parabólica?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TV cable?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Generador eléctrico</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Electricidad	1	2	Radio.....	1	2	Televisor.....	1	2	Teléfono fijo	1	2	Refrigerador	1	2	Cocina a gas/eléctrica?.....	1	2	Horno microondas?.....	1	2	Horno eléctrico?	1	2	Maquina lavarropa?	1	2	Termocalefón?	1	2	Acondicionador de aire?	1	2	Antena parabólica?	1	2	TV cable?	1	2	Computador	1	2	Generador eléctrico	1	2	
	Sí	No																																																
Electricidad	1	2																																																
Radio.....	1	2																																																
Televisor.....	1	2																																																
Teléfono fijo	1	2																																																
Refrigerador	1	2																																																
Cocina a gas/eléctrica?.....	1	2																																																
Horno microondas?.....	1	2																																																
Horno eléctrico?	1	2																																																
Maquina lavarropa?	1	2																																																
Termocalefón?	1	2																																																
Acondicionador de aire?	1	2																																																
Antena parabólica?	1	2																																																
TV cable?	1	2																																																
Computador	1	2																																																
Generador eléctrico	1	2																																																

	Sí	No	
HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE:			
[A] RELOJ DE MANO?	Reloj de mano.....	1 2	
[B] TELÉFONO CELULAR?	Teléfono celular	1 2	
[C] BICICLETA?	Bicicleta.....	1 2	
[D] MOTOCICLETA?	Motocicleta	1 2	
[E] CARRETA/CARRITO ESTIRADA POR ANIMALES?	Carreta/carrito estirada por animales.....	1 2	
[F] AUTOMÓVIL, CAMIÓN O CAMIONETA?	Automóvil / Camioneta.....	1 2	
[G] LANCHA A MOTOR?	Lancha a motor	1 2	
[H] COMPUTADOR PORTÁTIL?	Computador portátil	1 2	
[I] BOTE SIN MOTOR?	Bote sin motor.....	1 2	
HC10. ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR PROPIETARIO DE LA VIVIENDA? <i>Si es "No", pregunte: ¿USTED ALQUILA LA VIVIENDA DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR?</i> <i>Si "Alquila de alguien que no vive en el hogar", marque "2". Para otras respuestas, marque "6".</i>	Propietario..... Alquila	1 2	
	Otro (especificar).....	6	
HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES PROPIETARIO DE ALGUNAS TIERRAS QUE PUEDAN USARSE PARA LAS ACTIVIDADES AGROPECUARIAS?	Sí..... No.....	1 2	2⇒HC13
HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA TIENEN EN TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES AGROPECUARIAS? <i>Si es menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i>	Hectáreas.....	___ ___	
HC13. ¿POSEE EL HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?	Sí..... No.....	1 2	2⇒HC15
HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS ANIMALES SIGUIENTES POSEE EL HOGAR?			
A) ¿GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS?	<i>Ganado, vacas lecheras o toros...</i>	___ ___	
[B] ¿CABALLOS, BURROS O MULAS?	<i>Caballos, burros o mulas.....</i>	___ ___	
[C] ¿CABRAS?	<i>Cabras.....</i>	___ ___	
[D] ¿OVEJAS?	<i>Ovejas.....</i>	___ ___	
[E] ¿POLLOS, GALLINAS O GALLOS?	<i>Pollos, gallinas o gallos.....</i>	___ ___	
[F] ¿CERDOS?	<i>Cerdos.....</i>	___ ___	
[G] ¿CRÍA DE PECES?	<i>Cría de peces</i>	___ ___	
[H] ¿OTRAS AVES DE CORRAL?	<i>Otras aves de corral.....</i>	___ ___	
[I] ¿COLMENARES? <i>Si no posee ninguno, anote '00'. Si responde 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i>	<i>Colmenares.....</i>	___ ___	
HC15. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?	Si	1	
	No.....	2	

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda 11	11⇒WS5C
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5C
	Tubería al vecino 13	13⇒WS5C
	Llave/grifo público 14	14⇒WS3
	Pozo con tubería..... 21	21⇒WS3
	Pozo cavado	
	Pozo protegido..... 31	31⇒WS3
	Pozo no protegido..... 32	32⇒WS3
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	41⇒WS3
	Manantial no protegido 42	42⇒WS3
	Recogen agua de lluvia 51	51⇒WS3
	Carro-tanque / camión cisterna 61	61⇒WS3
	Carreta con tanque/tambor pequeño..... 71	71⇒WS3
Agua de superficie (río,arroyo,represa, lago,estanque,canal,canal de irrigación) .. 81	81⇒WS3	
Agua embotellada/envasada 91		
Otra (<i>especificar</i>) 96	96⇒WS3	
WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE PRINCIPAL DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda 11	11⇒WS5C
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5C
	Tubería al vecino 13	13⇒WS5C
	Llave/grifo público 14	
	Pozo con tubería..... 21	
	Pozo cavado	
	Pozo protegido..... 31	
	Pozo no protegido..... 32	
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	
	Manantial no protegido 42	
	Recogen agua de lluvia 51	
	Carro-tanque / camión cisterna 61	
	Carreta con tanque/tambor pequeño..... 71	
Agua de superficie (río,arroyo,represa, lago,estanque,canal,canal de irrigación) .. 81		
Otra (<i>especificar</i>) 96		
WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda 1	1⇒WS5C
	En el propio patio/lote 2	2⇒WS5C
	En otro lado..... 3	
WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Número de minutos _ _ _	
	No Sabe 998	

<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 Hombre adulto (de 15 años o más).....2 Niña (menor de 15)3 Niño (menor de15)4 NS.....8</p>	
<p>WS5C. ¿ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS . UD. NO PUDO ACCEDER AL AGUA EN LAS CANTIDADES SUFICIENTES QUE NECESITABA?</p>	<p>Sí. 1 No2 NS.....8</p>	<p>2⇒WS6 8⇒WS6</p>
<p>WS5D. ¿CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO PUDO ACCEDER AL AGUA EN CANTIDADES SUFICIENTES CUANDO NECESITABA?</p>	<p>No había agua disponible de la fuente..... 1 Agua demasiado cara2 Fuente no accesible3 Otra (<i>especificar</i>)6 NS..... 8</p>	
<p>WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p>	<p>Sí. 1 No2 NS.....8</p>	<p>2⇒WS8 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 Le añade blanqueador / cloro..... B La filtra con una tela C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) D Desinfección solar E La deja reposar y asentar..... F Otro (<i>especificar</i>) X NS.....Z</p>	
<p>WS8. ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?</p> <p><i>Si responde “inodoro” o “letrina con cierre hidráulico”, indague:</i> ¿HACIA DÓNDE DESCARGA?</p> <p><i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i></p>	<p>Chorro/baldeo Red de alcantarillado sanitario(cloaca) ..11 Cámara séptica y pozo ciego12 Pozo ciego, sin cámara séptica13 La calle, patio /terreno o en algún otro lugar.....14 No Sabe dónde se depositan.....15 Letrina de fosa Letrina ventilada de hoyo seco (común con tubo de ventilación)21 Letrina común de hoyo seco(con losa, techo, paredes y puertas).....22 Letrina común sin techo o puerta23 Baño de silla/basin para adultos/niños o enfermos.....41 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo.....95 Otro (<i>especificar</i>)96</p>	<p>11⇒WS8C 14⇒WS8C 15⇒WS8C 41⇒WS8C 95⇒Módulo siguiente 96⇒WS8C</p>
<p>WS8A. ¿CUÁNTO HACE DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE VACÍO SU LETRINA, CÁMARA SÉPTICA O POZO CIEGO?</p> <p><i>Indague:</i> hace cuantos meses/AÑOS?</p>	<p>Numero de meses..... 1 ___ Número de años..... 2 ___ Nunca..... 995 No sabe..... 998 Otro(<i>especificar</i>).....996</p>	<p>995⇒WS9</p>
<p>WS8B. ¿CUÁNDO FUE VACIADA, A DONDE FUE A</p>	<p>A un agujero cubierto y sellado</p>	

PARAR EL CONTENIDO?	(enterrado)..... 1 A un desagüe abierto o a un cuerpo de agua (lago, río, arroyo, etc) 2 A un agujero abierto (no enterrado), al campo o a terrenos agrícolas.....3 Se lo llevo un proveedor de servicios..... 4 Otros (<i>especificar</i>)..... 6 NS..... 8	
WS8C. ¿DÓNDE ESTÁ SITUADA EL BAÑO?	En el interior de la propia vivienda 1 En el propio patio/lote2 En otro lado3	
WS9. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí. 1 No2	2⇒Módulo siguiente
WS10. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON MIEMBROS DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general) 1 Instalación pública2	2⇒Módulo siguiente
WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Número de hogares (si menos de 10).....0__ Diez hogares o más 10 NS.....98	

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

HH19. *Anote la hora.*

Hora y minutos__ : __

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

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

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

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

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

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Supervisor

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de conglomerado (UPM): <div style="text-align: right;">_ _ _</div>	WM2. Número de hogar (vivienda): <div style="text-align: right;">_ _ _</div>	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de línea de la mujer: <div style="text-align: right;">_ _ _</div>	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día/Mes/Año de la entrevista: <div style="text-align: right;">_ _ _ / _ _ _ / 2016</div>	

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON UNICEF SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí, se concede permiso</i> ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no se concede permiso</i> ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</p>	

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Parcialmente completada 04 Incapacitada para responder 05 Otro (especificar) _____ 96
---	--

WM10. Anote la hora.	Hora y minutos :
-----------------------------	------------------------------

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes ____ ____ No sabe el mes 98 Año ____ ____ No sabe el año 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos) ____ ____	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA?	Sí 1 No 2	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ?	Nivel: Grado Especial.....0 Programas de Alfabetización.....1 Pre-primario.....2 EEB(1° y 2° Ciclo)/Ex Primaria.....3 EEB(3° Ciclo)/Ex Secundaria Básica.....4 Educación Media/ Ex Bachillerato.....5 Superior no Universitario.....6 Universitario.....7 NS.....8	0⇒WB7 2⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Grado ____ ____	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria o superior (WB4=4, 5, 6 o 7) ⇒ Vaya al Siguiente Módulo <input type="checkbox"/> Primaria (WB4= 1 o 3) ⇒ Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada..... 1 Puede leer sólo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa 3 La frase no estaba en el idioma requerido 4 <i>(especificar el idioma)</i> Ciega/vista impedida 5	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

MT

MT1. Verifique WB7:

La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2

Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2

No puede leer nada o es ciega/vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
---	---	--

MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
--	---	--

MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE 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	
--	---	--

MT5. Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?

Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con MT6

Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya al Siguiendo módulo

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí..... 1 No 2	2⇒MT9
--	-------------------------	-------

MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No 2	2⇒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?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiendo módulo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------

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>	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiendo módulo
--	-------------------------	--------------------

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	
--	---	--

FECUNDIDAD/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO CM		
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO CON HIJO/A NACIDO VIVO?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM4. ¿DE ESTOS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa __ __ Hijas viviendo en casa __ __	
CM6. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS, ALGÚN/OS NO ESTÁN VIVIENDO AHORA CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar..... __ __ Hijas en otro lugar..... __ __	
CM8. ¿DE SUS HIJOS/AS NACIDOS VIVOS ALGUNO/A FALLECIÓ DESPUÉS? <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:</i> ME REFIERO UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS.	Sí..... 1 No 2	2⇒CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Niños muertos..... __ __ Niñas muertas..... __ __	
CM10. <i>Sume las respuestas a CM5, CM7 y CM9.</i>	Total __ __	
CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (<i>número total en CM10</i>) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?		
<input type="checkbox"/> Sí. Verifique abajo:		
<input type="checkbox"/> No nacidos vivos ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		
<input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO		
<input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique las respuestas a CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO o el módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		

HISTORIAL DE NACIMIENTOS

BH

AHORA ME GUSTARÍA ANOTAR LOS NOMBRES DE TODOS SUS HIJOS NACIDOS VIVOS, QUE ACTUALMENTE ESTÉN VIVOS O NO, EMPEZANDO POR EL PRIMERO QUE TUVO. Anote los nombres de todos los nacidos en BHI. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU BEBÉ? (primer/siguiente)	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS /GEMELOS?	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA?		BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?	BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA?		BH6. ¿QUÉ EDAD TENIA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE-AÑOS? Anote la edad en años cumplidos.	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED?		BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLL)	BH9. Si ha fallecido: ¿QUÉ EDAD TENIA (nombre) CUANDO FALLECIÓ? Si es "1 año", indique: ¿CUÁNTOS MESES TENIA (nombre)? Anote días si es menos de 1 mes; meses si es menos de 2 años; y demás en años			BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER?
			H	M		Mes	Año		S	N		Edad	S	N	
01		1 2	1	2			1 2		1 2		—	Días 1 Meses 2 Años 3			
02		1 2	1	2			1 2		1 2		→Próxima Línea	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	
03		1 2	1	2			1 2		1 2		→BH10	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	
04		1 2	1	2			1 2		1 2		→BH10	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	
05		1 2	1	2			1 2		1 2		→BH10	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	
06		1 2	1	2			1 2		1 2		→BH10	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	
07		1 2	1	2			1 2		1 2		→BH10	Días 1 Meses 2 Años 3		1 2 Añada Nacido	

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

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

CM13. Verifique BH4 en el HISTORIAL DE NACIMIENTOS: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2014** (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2014**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)

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

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

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

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO**DB**

*Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.
 Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13 _____.
 Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.*

DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE <i>(nombre)</i> , ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí1 No2	1⇒Siguiente Módulo
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante1 No más2	2⇒Siguiente Módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS HUBIERA QUERIDO ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como responde la entrevistada.</i>	Meses1__ __ Años.....2__ __ No sabe998	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO
MN

Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CMI3: _____.

Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.

MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí1 No2	2⇒MN5																								
MN2. ¿CON QUIÉN REALIZÓ LA CONSULTA O ATENCIÓN PRENATAL? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitaria G Chamán/Curandero/Naturalista H Otro(especificar) X																									
MN2A. ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES DE EMBARAZO TENÍA CUANDO RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL O ATENCIÓN PRENATAL? <i>Anote la respuesta tal y como responde la entrevistada.</i>	Semanas 1 ___ Meses 2 0 ___ No sabe998																									
MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces ___ No sabe98																									
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, ¿SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</td> <td style="text-align: center;">Presión arterial..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</td> <td style="text-align: center;">Muestra de orina..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</td> <td style="text-align: center;">Muestra de sangre..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[D] ¿LE MIDIERON LA BARRIGA?</td> <td style="text-align: center;">Le midieron la barriga.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[E] ¿LE OYERON EL CORAZÓN AL BEBÉ?</td> <td style="text-align: center;">Le oyeron el corazón al bebé.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[F] ¿LE HICIERON LA ECOGRAFÍA?</td> <td style="text-align: center;">Le hicieron la ecografía.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[G] ¿LE HICIERON EL PAP?</td> <td style="text-align: center;">Le hicieron el PAP.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	Presión arterial..... 1	2	[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	Muestra de orina..... 1	2	[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	Muestra de sangre..... 1	2	[D] ¿LE MIDIERON LA BARRIGA?	Le midieron la barriga.....1	2	[E] ¿LE OYERON EL CORAZÓN AL BEBÉ?	Le oyeron el corazón al bebé.....1	2	[F] ¿LE HICIERON LA ECOGRAFÍA?	Le hicieron la ecografía.....1	2	[G] ¿LE HICIERON EL PAP?	Le hicieron el PAP.....1	2	
	Sí	No																								
[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	Presión arterial..... 1	2																								
[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	Muestra de orina..... 1	2																								
[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	Muestra de sangre..... 1	2																								
[D] ¿LE MIDIERON LA BARRIGA?	Le midieron la barriga.....1	2																								
[E] ¿LE OYERON EL CORAZÓN AL BEBÉ?	Le oyeron el corazón al bebé.....1	2																								
[F] ¿LE HICIERON LA ECOGRAFÍA?	Le hicieron la ecografía.....1	2																								
[G] ¿LE HICIERON EL PAP?	Le hicieron el PAP.....1	2																								
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA TARJETA DE VACUNACIÓN O FICHA DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR?	Sí (vio la tarjeta de vacunación)1 Sí (no vio la tarjeta de vacunación)2 No3 No sabe.....8																									

<i>Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>		
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí. 1 No 2 No sabe 8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?	Número de veces..... No sabe 8	8⇒MN9
MN8. ¿De cuántas vacunas antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?		
<input type="checkbox"/> Al menos dos vacunas antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una vacuna antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA VACUNA ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí. 1 No..... 2 No sabe..... 8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces No sabe 8	8⇒MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA VACUNA ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años)	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente/amigo/a H Partera tradicional indígena I Nadie Y Otro(<i>especificar</i>) X	

<p>MN18. ¿DÓNDE FUE EL PARTO DE (<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, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>_____ (<i>Nombre del lugar</i>)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada..... 11</p> <p>Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.)..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Establecimientos del MSP y BS 21</p> <p>IPS 22</p> <p>Materno infantil 23</p> <p>Hospital de Clínicas..... 24</p> <p>Otra institución pública (<i>especificar</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Sanatorio u Hospital privado 31</p> <p>Clínica/Médico privada 32</p> <p>Cruz Roja Paraguaya..... 34</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especificar</i>)..... 36</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA? ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORS DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes..... 1</p> <p>Después..... 2</p>	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande 1</p> <p>Más grande que el promedio 2</p> <p>Tamaño promedio 3</p> <p>Más pequeño que el promedio..... 4</p> <p>Muy pequeño..... 5</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i></p>	<p style="text-align: right;">Kg gr</p> <p>De la tarjeta 1 </p> <p>De memoria 2 </p> <p>No sabe 99998</p>	
<p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>MN24. ¿ALGUNA VEZ AMAMANTO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiete módulo</p>

<p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO DE MAMAR A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En cualquier otro caso, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente.....000</p> <p>Horas 1 __ __</p> <p>Días2 __ __</p> <p>NS/no recuerda998</p>	
<p>MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No.....2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGO MÁS?</p>	<p>Leche (cartón, sachet y leche fresca)A</p> <p>Agua solaB</p> <p>Agua con azúcar o con glucosa C</p> <p>Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D</p> <p>Solución de agua con azúcar y salE</p> <p>Jugo de frutas.....F</p> <p>Leche de fórmula para bebés G</p> <p>Té/infusiones H</p> <p>Miel..... I</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)_____ X</p>	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL
PN

*Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.
Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.*

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

Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21-36) ⇒ Continúe con PN2

No, el niño/a no nació en un establecimiento de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN6

PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (*nombre*).

USTED DIJO QUE LE TUVO EN (*tipo de establecimiento de salud MN18*).

¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?

Si es menos de un día, registre las horas.

Si es menos de una semana, registre los días.

De lo contrario, registre las semanas.

Horas..... 1 ___

Días..... 2 ___

Semanas..... 3 ___

NS/ no recuerdo..... 998

PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (*nombre*) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (*nombre*) ESTABA BIEN.

ANTES DE QUE SE FUERA DE A (*tipo de establecimiento de salud MN18*), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (*nombre*)?

Sí..... 1

No..... 2

PN4. ¿Y HAN EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD – ES DECIR, ALGUIEN HA EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD, POR EJEMPLO: AL HACERLE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN DE SALUD O LA HAN EXAMINADO?

A USTED, ALGUIEN LE EXAMINÓ SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE RETIRARSE DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*)

Sí..... 1

No..... 2

PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*).

¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (*nombre*) DESPUÉS DE RETIRARSE DE (*tipo de establecimiento de salud MN18*)?

Sí..... 1 1⇒PN11

No..... 2 2⇒PN16

<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o Trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇒ 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 ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		
<p>PN7. USTED HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO.</p> <p>AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE SE RETIRARA EL (<i>persona o personas en MN17</i>), ¿LE CONTROLÓ LA SALUD A DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE FUERA, ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</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</p> <p>ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿ALGUIEN CONTROLÓ LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez.....1</p> <p>Más de una vez.....2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i></p> <p><i>Si es menos de una semana, registre los días.</i></p> <p><i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas1 ___</p> <p>Días2 ___</p> <p>Semanas.....3 ___</p> <p>NS/no recuerda998</p>	

<p>PN13. ¿QUIÉN CONTROLÓ LA SALUD DE (nombre) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente/amigo/a H Partera tradicional indígena I Otro/a (especificar) X</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Hogar Casa de la entrevistada 11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.) 12</p> <p>Sector público Establecimientos del MSP y BS 21 IPS 22 Materno infantil 23 Hospital de Clínicas 24 Otra institución pública (especificar) 26</p> <p>Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado 31 Clínica/Médico privada 32 Cruz Roja Paraguaya 34</p> <p>Otro centro médico privado (especificar) 36</p> <p>Otro (especificar) 96</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un establecimiento de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un establecimiento de salud (MN18=21- 36) ⇒ Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un establecimiento de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (tipo de establecimiento de salud en MN18), ¿CONTROLÓ ALGUIEN SU SALUD?</p>	<p>Sí 1 No 2</p>	<p>1 ⇒ PN20 2 ⇒ Siguiente módulo</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, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G ó I) ⇒ Continúe con PN18</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de Salud (A-G ó I no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19</p>		

PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>profesional de salud u otra persona en MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ <u>SU</u> SALUD?	Sí...1 No2	1⇒PN20 2⇒Siguiete módulo
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿CONTROLÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED</u> ? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí...1 No2	2⇒Siguiete módulo
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez2	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <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>	Horas1 ___ Días2 ___ Semanas.....3 ___ NS/no recuerda998	
PN22. ¿QUIÉN CONTROLÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Obstetra profesional C Otra persona Partera tradicional (chaé) F Trabajadora de salud comunitariaG Pariente/amigo/a.....H Partera tradicional indígena.....I Otro/a (<i>especificar</i>)X	
PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? <i>Indague para identificar el tipo de fuente. Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ <i>(Nombre del sitio)</i>	Hogar Casa de la entrevistada11 Otra casa (partera chaé, curandero/a, familiar, etc.)12 Sector público Establecimientos del MSP y BS21 IPS22 Materno infantil23 Hospital de Clínicas.....24 Otra institucion publica (<i>especificar</i>).....26 Sector Médico Privado Sanatorio u Hospital privado31 Clínica/Médico privada32 Cruz Roja Paraguaya.....34 Otro centro médico privado (<i>especificar</i>).....36 Otro (<i>especificar</i>).....96	

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

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

Sí ⇒ Continúe con IS2.

No ⇒ Vaya al siguiente módulo.

IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD.
¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?

Indague:

¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

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

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

- El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado A
- El niño/a empeora B
- El niño/a comienza a tener fiebre C
- El niño/a tiene respiración rápida D
- El niño/a tiene dificultades para respirar E
- El niño/a tiene sangre en las heces F
- El niño/a ingiere poco líquido G
- El niño/a tiene diarrea.....H
- El niño/a tiene vómito.....I

Otro (especificar) _____ X

ANTICONCEPCION		CP
<p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ACTUALMENTE ESTÁ USTED EMBARAZADA?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada 1</p> <p>No 2</p> <p>No está segura o no sabe 8</p>	1⇒CP2A
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>ACTUALMENTE, ¿ESTÁ USTED HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	1⇒CP3
<p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p>	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Esterilización femenina (ligadura)A</p> <p>Esterilización masculina (vasectomía).....B</p> <p>DIU (espiral o T de cobre)..... C</p> <p>Inyección anticonceptiva D</p> <p>Implantes.....E</p> <p>Píldoras o pastillas anticonceptivasF</p> <p>Condón masculino..... G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Jalea/Espuma..... J</p> <p><i>Método de amenorrea por lactancia (MELA)K</i></p> <p>Abstinencia periódica/Ritmo (calendario o control de la temperatura) L</p> <p>Retiro M</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) X</p>	

NECESIDAD NO SATISFECHA		UN
UN1. Verifique CPI. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5		
UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí..... 1 No..... 2	1⇒UN4
UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde..... 1 No más..... 2	
UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a..... 1 No más/ninguno..... 2 No ha decidido/NS..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Continúe con UN6		
UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a..... 1 No más/ninguno 2 Dice que no puede quedarse embarazada. 3 No lo ha decidido/NS 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. ¿CUÁNTO TIEMPO QUERRÍA ESPERAR PARA TENER UN/OTRO HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses..... 1 __ __ Años 2 __ __ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada... 994 Después del casamiento..... 995 Otro 996 NS 998	994⇒UN11
UN8. Verifique CPI. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		
UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10		

UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Sí..... 1	1 ⇨UN13
	No..... 2	
	No sabe 8	8 ⇨UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A Menopausia B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto (no menstrua después del parto)..... F Amamantamiento G Demasiado mayor H Fatalista (no vale la pena) I Otro (<i>especificar</i>)..... X NS Z	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”?		
<input type="checkbox"/> Mencionado. ⇨ Vaya al Siguiete módulo <input type="checkbox"/> No mencionado ⇨ Continúe con UN13		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? <i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i>	Hace días 1 ___	
	Hace semanas 2 ___	
	Hace meses 3 ___	
	Hace años 4 ___	
	En la menopausia/se le ha realizado histerectomía..... 994	
	Antes del último nacimiento 995	
Nunca menstruó..... 996		

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
DV

DV1. A VECES, UN ESPOSO/COMPAÑERO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA/COMPAÑERA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO/COMPAÑERO GOLPEE A SU ESPOSA/COMPAÑERA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

		Sí	No	NS
[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle	1	2	8
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as	1	2	8
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él	1	2	8
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales.....	1	2	8
[E] ¿SI ELLA QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida.....	1	2	8
[F] ¿SI ELLA LE PROVOCA CELOS?	Le provoca celos.....	1	2	8

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

Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.

<p>SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA.</p> <p>LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?</p>	<p>Nunca mantuvo relaciones sexuales00</p> <p>Edad en años__ __</p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/pareja.....95</p>	<p>00⇒Siguiete módulo</p>
<p>SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No2</p> <p>No sabe/no recuerda8</p>	
<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Guarde las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año). Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i></p>	<p>Hace días 1 __ __</p> <p>Hace semanas2 __ __</p> <p>Hace meses3 __ __</p> <p>Hace años4 __ __</p>	<p>4⇒SB15</p>
<p>SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es “novio”, pregunte:</i></p> <p>¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</p> <p><i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i></p> <p><i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i></p>	<p>Esposo..... 1</p> <p>Pareja conviviente (concubino)2</p> <p>Novio3</p> <p>Compañero casual4</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 6</p>	<p>3⇒SB7</p> <p>4⇒SB7</p> <p>6⇒SB7</p>
<p>SB6. <i>Verifique MAI:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MAI = 1 o 2) ⇒Vaya a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/no en una unión (MAI = 3) ⇒ Continúe con SB7</p>		
<p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA ÚLTIMA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i></p> <p>¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p>	<p>Edad de la pareja sexual.....__ __</p> <p>No sabe98</p>	

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

VIH/SIDA				HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE EL SIDA?	Sf.1	No2		2⇒Siguiente módulo
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sf.1	No2	No sabe8	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?		Sí No NS Durante el embarazo1 2 8 Durante el parto1 2 8 Amamantando1 2 8		
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sf.1	No2	No sabe/no está segura/depende8	

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ1 No2 No sabe/no está segura/depende8																					
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	SÍ1 No2 No sabe/no está segura/depende8																					
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	SÍ1 No2 No sabe/no está segura/depende8																					
HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= "No" o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																						
HA14. Verifique MNI: recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24																						
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>No sabe</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 la prueba del SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	No sabe	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba....	1	2	8	
	SÍ	No	No sabe																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	SÍ1 No2 No sabe8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	SÍ1 No2 No sabe8	2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ASESORAMIENTO DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ASESORAMIENTO DESPUÉS DE LA PRUEBA?	SÍ1 No2 No sabe8	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"/> <i>Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20</i> <input type="checkbox"/> <i>No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = F, G, H, I o Y) ⇒ Vaya a HA24</i>		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	SÍ1 NO2	2⇒HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	SÍ1 NO2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	SÍ1 NO2	1⇒HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo 3⇒Siguiete módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ 1 NO 2	2⇒HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses..... 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	SÍ 1 NO 2 No sabe 8	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo 8⇒Siguiete módulo
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ1 NO.....2	

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

TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR (NACO, PETÝ)?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA11. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO PARA NO FUMAR/SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	Tabaco de mascar A Otros (<i>especificar</i>) X	
TA13. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO PARA NO FUMAR/ SIN HUMO? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiete módulo
TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN TRAGO DE VODKA, WHISKY O RON, UNA PETACA DE CAÑA. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ____ ____	00⇒Siguiete módulo
TA16. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? <i>Si la entrevistada no tomó ninguno, circule "00".</i> <i>Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.</i> <i>Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10".</i> <i>Si responde "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	No tomó un trago de alcohol en el último mes 00 Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	00⇒Siguiete módulo
TA17 EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ____ ____	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

LS

LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15 a 24 años?

Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a WM11

Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.

PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.

Muy feliz 1
 Algo feliz 2
 Ni feliz ni infeliz 3
 Un poco infeliz 4
 Muy infeliz 5

LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.

EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5

LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5

LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR **actual 2016**, ¿ASISTE/ASISTIÓ A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN ALGÚN MOMENTO?

Sí 1
 No 2

2⇒LS7

LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5

<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene empleo 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?</p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?</p> <p><i>En caso de que sea necesario, explíqueme que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i></p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS10. ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?</p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?</p>	<p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene ingresos 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO?</p>	<p>Mejorado 1</p> <p>Mantenido más o menos igual 2</p> <p>Empeorado 3</p>	
<p>LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?</p>	<p>Mejor..... 1</p> <p>Más o menos igual 2</p> <p>Peor 3</p>	

WM11. *Anote la hora.*

Hora y minutos ____ : ____

WM12. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*

¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

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

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

Observaciones de la Encuestadora

Observaciones del Antropometrista

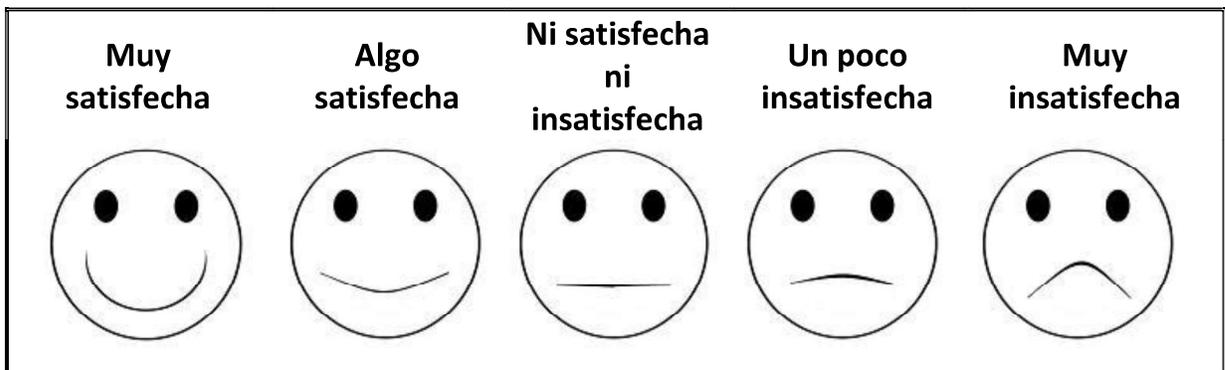
Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1



LADO 2



PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS **UF**

Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.

UF1. Número de conglomerado (UPM): _____	UF2. Número de hogar (vivienda): _____
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de línea del niño/a : _____
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de línea de la madre/persona encargada: _____
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2016

<p><i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i></p> <p>SOMOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA JUNTO CON UNICEF SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (nombre del niño/a de UF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.</p>	<p><i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (nombre del niño/niña de UF3) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. .</p>
---	--

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.

No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Completada parcialmente.....04 Incapacitada05 Otro (especificar) _____ 96
UF12. Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____

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

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿TIENE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?	Sí, visto 1	1⇒Siguiete módulo 2⇒Siguiete módulo
	Sí, no visto..... 2	
	No..... 3	
	No sabe 8	
BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí 1	1⇒Siguiete módulo
	No..... 2	
	No sabe 8	
BR3. ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	Sí 1	
	No..... 2	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																
<p>EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Ninguno 00</p> <p>Número de libros de niños 0 __</p> <p>Diez o más libros 10</p>																	
<p>EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.</p> <p>¿JUEGA CON:</p> <p>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</p> <p>[B] JUGUETES COMPRADOS EN UN NEGOCIO O INDUSTRIALIZADOS?</p> <p>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO PLATOS U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS U HOJAS)?</p> <p><i>Si el entrevistado responde "Sí" a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juguetes caseros.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Juguetes comprados.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Objetos del hogar u objetos del exterior.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Juguetes caseros.....	1	2	8	Juguetes comprados.....	1	2	8	Objetos del hogar u objetos del exterior.....	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Juguetes caseros.....	1	2	8															
Juguetes comprados.....	1	2	8															
Objetos del hogar u objetos del exterior.....	1	2	8															
<p>EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA.</p> <p>¿CUÁNTOS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS DEJÓ A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</p> <p><i>Si la respuesta es 'ningún día', escriba '0'.</i> <i>Si la respuesta es 'no sé', escriba '8'</i></p>	<p>Número de días que lo dejó solo durante más de una hora __</p> <p>Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora __</p>																	
<p>EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase EC18</p> <p><input type="checkbox"/> Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5</p>																		
<p>EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO ESTRUCTURADO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO COMO CODENI, CEBINFA, MITA ROGA, DEQUENÍ, ETC.?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p>																	

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

EC12. ¿SE SIENTE (<i>nombre</i>) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE,?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC14. CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8																					
EC18. Verifique AG2: Edad del niño/a <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene menos de 1 año (de 0 a 11 meses) ⇒ continúe con EC18A <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 1 año (de 12 a 23 meses) ⇒ continúe con EC19 <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 2 años (de 24 a 35 meses) ⇒ continúe con EC20 <input type="checkbox"/> si el niño/a tiene 3- 4 años (de 36 a 59 meses) ⇒ pase al módulo siguiente																						
EC18A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN MIRÓ A LOS OJOS, HABLÓ, Y ACARICIÓ A (<i>nombre</i>) AL DARLE DE COMER?: SI ES "SÍ", PREGUNTE: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)? <i>Circule todas las opciones que apliquen.</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE MIRÓ A (<i>nombre</i>)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[B] LE ACARICIÓ A (<i>nombre</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[C] LE HABLÓ A (<i>nombre</i>)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	[A] LE MIRÓ A (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	[B] LE ACARICIÓ A (<i>nombre</i>) ?	A	B	X	Y	[C] LE HABLÓ A (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y	⇒Siguiente módulo
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
[A] LE MIRÓ A (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																		
[B] LE ACARICIÓ A (<i>nombre</i>) ?	A	B	X	Y																		
[C] LE HABLÓ A (<i>nombre</i>)?	A	B	X	Y																		

<p>EC19A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN JUGÓ CON (<i>nombre</i>) A ESCONDERSE, TREPAN, O QUE LE SIGAN Y ALCANCEN?:</p> <p>SI ES “SÍ”, PREGUNTE:</p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] A ESCONDERSE?</p> <p>[B] A TREPAN?</p> <p>[C] QUE LE SIGAN Y ATRAPEN?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A esconderse</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>A Trepar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Que le sigan y atrapen</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	A esconderse	A	B	X	Y	A Trepar	A	B	X	Y	Que le sigan y atrapen	A	B	X	Y	<p>⇒Siguiente módulo</p>
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
A esconderse	A	B	X	Y																		
A Trepar	A	B	X	Y																		
Que le sigan y atrapen	A	B	X	Y																		
<p>EC20A. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿QUIÉN CONVERSÓ CON (<i>nombre</i>) SOBRE UN TEMA DE SU INTERÉS, NOMBRANDO OBJETOS, COLORES, NÚMEROS, O ACCIONES?:</p> <p>SI ES “SÍ”, PREGUNTE:</p> <p>¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Circule todas las opciones que apliquen.</i></p> <p>[A] A NOMBRAR OBJETOS Y COLORES?</p> <p>[B] NOMBRANDO NÚMEROS?</p> <p>[C] A REALIZAR ACCIONES?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombrando objetos y colores</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Números</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>A realizar acciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Nombrando objetos y colores	A	B	X	Y	Números	A	B	X	Y	A realizar acciones	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																		
Nombrando objetos y colores	A	B	X	Y																		
Números	A	B	X	Y																		
A realizar acciones	A	B	X	Y																		

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD		
BD1. Verifique AG2: edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES				
BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (nombre) ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	2⇒BD4 8⇒BD4		
BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8			
BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) ALGÚN LÍQUIDO EN UN BIBERÓN?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8			
BD5. ¿TOMÓ (nombre) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8			
BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (nombre) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8			
BD7. QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (nombre) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (nombre) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS. ¿BEBIÓ (nombre) (nombre los ítem, de [A] a la [F]) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE? Incluir los líquidos consumidos fuera de su hogar.				
		Si	No	NS
[A] AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola	1	2	8
[B] JUGO O BEBIDAS DE JUGO	Jugo o bebidas de jugo	1	2	8
[C] SOPA DE VERDURA, DE CARNE ,POLLO O CUALQUIER OTROS CALDO NO ESPESO.	Caldo de verduras.	1	2	8
[D] LECHE SACHET O CARTÓN, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche	1	2	8
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE? Si es 7 o más veces, guarde '7'. SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.	Número veces bebió leche			—
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS? (POR EJEMPLO "NUTRILÓN" "LECHE NAN", OTROS)	Leche de fórmula	1	2	8
Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE DE FÓRMULA? Si es 7 o más veces, guarde '7'. SI ES DESCONOCIDO, GUARDE '8'.	Número de veces que bebió leche			—
[F] ALGÚN OTRO LÍQUIDO? (Especificar)_____	Otro líquido	1	2	8

<p>BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (nombre) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</p> <p>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</p> <p>COMIÓ (nombre) AYER (nombre del alimento) DE DÍA O DE NOCHE:</p>				
		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogur	1	2	8
<p><i>Si es sí: CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i></p>	Número de veces que comió/bebió yogurt			—
[B] TOMO AYER (nombre) ALGÚN ALIMENTO PARA BEBE FORTIFICADO, NESQUIK, ZUCARITA. NESTUM, CERELAC, QUAKER?	Alimento fortificado	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8
[D] ZAPALLOS, ZANAHORIAS, ZAPALLITOS, CALABAZA "ANDAI"?	zapallos, zanahoria, zapallitos, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, MANDIOCA, REMOLACHA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS, ESPINACA, ACELGA?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGOS MADUROS, MAMÓN, BANANA, AGUACATE, NARANJA, MANDARINA?	Mangos maduros, mamón, etc.	1	2	8
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA?	Otras frutas o verduras	1	2	8
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTROS ÓRGANOS DE CARNES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE VACUNA, CERDO, OVEJA, CABRA, POLLO O PATO, ANIMALES SILVESTRES?	carne, como carne vacuna, cerdo, oveja, cabra, etc.	1	2	8
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] PESCADOS FRESCOS O CONGELADOS?	Pescado fresco o congelados	1	2	8
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE POROTO, GUISANTE "ARVEJAS", LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de porotos, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, ARROZ CON LECHE?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especificar) _____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8
<p>BD9. Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</p> <p><input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10</p>				
<p>BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11</p>				
<p>BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?</p> <p><i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i></p>	Número de veces.....			—
	NS.....			8

<p>IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA LIBRETA, ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19</p> <p><input type="checkbox"/> No/NS ⇒ Continúe con IM19</p>		
<p>IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p>IM7. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>IM7A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS ORALES CONTRA LA 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⇒IM8</p> <p>8⇒IM8</p>
<p>IM7B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces__</p>	
<p>IM8. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA EN GOTAS EN LA BOCA PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒IM13A</p> <p>8⇒IM13A</p>
<p>IM9. ¿RECIBIÓ LA PRIMERA VACUNA CONTRA LA POLIO A LOS 2 MESES LUEGO DE NACER?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	
<p>IM10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?</p>	<p>Número de veces__</p>	
<p>IM13A. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO O EN LA NALGA, PARA PREVENIR LA (DIFTERIA, TOS CONVULSA, TÉTANOS, HEPATITIS B, MENINGITIS)?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra la pentavalente algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT.</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒IM13C</p> <p>8⇒IM13C</p>
<p>IM13B. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces__</p>	
<p>IM13C. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) "VACUNAS INYECTADAS DE NEUMOCOCO" ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS 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⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p>IM13D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA NEUMOCOCO (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces__</p>	
<p>IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAMPIÓN (SPR o SR); ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAMPIÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	

IM16A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) “VACUNAS INYECTADAS DE VARICELA” ES DECIR, UNA INYECCIÓN CONTRA EL GERMEN O BACTERIAS DE LA VARICELA PARA EVITAR LA VARICELA?	SÍ..... 1 No 2 No sabe 8																	
IM16B. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A?	SÍ..... 1 No 2 No sabe 8																	
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? <i>Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión.</i>	SÍ..... 1 No 2 No sabe 8																	
IM17A. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) EL REFUERZO DE LA DPT, ES DECIR UNA INYECCIÓN A LOS 18 MESES PARA PREVENIR LA DIFTERIA, TOS CONVULSA Y EL TÉTANOS?	SÍ..... 1 No 2 No sabe 8																	
IM17B. ¿ALGUNA VEZ LE HAN APLICADO A (<i>nombre</i>) LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA, ES DECIR UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFLUENZA O GRIPE?	SÍ..... 1 No 2 No sabe 8																	
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (<i>nombre</i>) ha PARTICIPADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAMPAÑAS, JORNADAS NACIONALES DE VACUNACIONES: [A] CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAPIÓN Y LA RUBÉOLA 2014 [B] INMUNIZACIÓN CONTRA LA INFLUENZA [C] PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN “PARAGUAY SIN POLIO 2016”	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Campaña A.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Campaña B.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Campaña C.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	Campaña A.....	1	2	8	Campaña B.....	1	2	8	Campaña C.....	1	2	8	
	SÍ	NO	NS															
Campaña A.....	1	2	8															
Campaña B.....	1	2	8															
Campaña C.....	1	2	8															

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA												
CA1. EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿TUVO (<i>nombre</i>) DIARREA?	Sí 1 No 2 No sabe 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A												
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (<i>nombre</i>) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió "menos", indague:</i> ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más 4 No se le dio nada para tomar 5 No sabe 8													
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (<i>nombre</i>) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde "menos", indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más 4 Suspendió la comida 5 Nunca se le dio de comer 6 No sabe 8													
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA DE ALGUNA FUENTE?	Sí 1 No 2 No sabe 8	2⇒CA4 8⇒CA4												
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i> <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... A Centro de salud B Puesto de salud (USF) C Promotor de salud D Clínica móvil / ambulante E Otro público (<i>especificar</i>) H Sector médico privado Hospital / clínica privada I Médico privado J Farmacia privada K Clínica móvil L Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) O Otras fuentes Paciente / amigo P Tienda o despensa Q Médico naturalista R Otro (<i>especificar</i>) X													
CA4. CUANDO TUVO DIARREA (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE BEBER: [A] UN LÍQUIDO QUE VIENE EN UN PAQUETE ESPECIAL LLAMADO SUERO DE REHIDRATACIÓN CASSANELLO? [B] ALGÚN LIQUIDO PRE-ENVASADO DE SUERO PARA DIARREA HEMOHIDRAT?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fluido de SRO en paquete 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Fluido de SRO pre-enzasado 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Fluido de SRO en paquete 1	1	2	8	Fluido de SRO pre-enzasado 1	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Fluido de SRO en paquete 1	1	2	8											
Fluido de SRO pre-enzasado 1	1	2	8											
CA4A. Verifique CA4: SRO <input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B <input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇒ Vaya a CA4C														

<p>CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11</p> <p>Centro de salud 12</p> <p>Puesto de salud (USF)..... 13</p> <p>Promotor de salud 14</p> <p>Clínica móvil / ambulante 15</p> <p>Otro público (<i>especificar</i>) 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada21</p> <p>Médico privado22</p> <p>Farmacia23</p> <p>Clínica móvil.....24</p> <p>Otras fuentes médicas privadas (especificar)26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo31</p> <p>Tienda o despensa32</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>													
<p>CA4C CUANDO TUVO DIARREA (nombre), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGUNA DE ESTAS COSAS:</p> <p>[A] TABLETAS DE ZINC?</p> <p>[B] JARABE DE ZINC?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Tabletas de zinc	1	2	8	Jarabe de zinc	1	2	8	
	Sí	No	NS											
Tabletas de zinc	1	2	8											
Jarabe de zinc	1	2	8											
<p>CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F</p>														
<p>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11</p> <p>Centro de salud 12</p> <p>Puesto de salud (USF)..... 13</p> <p>Promotor de salud 14</p> <p>Clínica móvil / ambulante 15</p> <p>Otro público (<i>especificar</i>) 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital / clínica privada21</p> <p>Médico privado22</p> <p>Farmacia23</p> <p>Clínica móvil.....24</p> <p>Otras fuentes médicas privadas (especificar)26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo31</p> <p>Tienda o despensa32</p> <p>Ya tenía en su casa..... 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... 96</p>													

<p>CA4F. CUANDO TUVO DIARREA (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE BEBER ALGO DE LO SIGUIENTE:</p> <p><i>Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i></p> <p>[A] UNA PREPARACIÓN CASERA CON AGUA, AZÚCAR Y SAL (SUERO ORAL)</p> <p>[B] AGUA DE ARROZ</p> <p>[C] TÉ CON UN POCO DE AZÚCAR</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Agua de arroz.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Té con un poco de azúcar... ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....	1	2	8	Agua de arroz.....	1	2	8	Té con un poco de azúcar... ..	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Una preparación casera con agua, azúcar y sal (suero oral).....	1	2	8															
Agua de arroz.....	1	2	8															
Té con un poco de azúcar... ..	1	2	8															
<p>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>																
<p>CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre)</i></p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico A</p> <p>Antiespasmódico B</p> <p>Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc)..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe H</p> <p>Inyección</p> <p>Antibiótica L</p> <p>No antibiótica..... M</p> <p>No sabe tipo de inyección N</p> <p>Intravenosa..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas..... Q</p> <p>Otros (<i>especificar</i>) X</p>																	
<p>CA6A. EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>																	
<p>CA7. EN ALGÚN MOMENTO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>																
<p>CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>																
<p>CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O CON MOCO?</p>	<p>Problema en el pecho solamente..... 1</p> <p>Nariz tapada o resfrió solamente 2</p> <p>Ambos 3</p> <p>Otros (<i>especificar</i>) 6</p> <p>No sabe 8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>																
<p>CA9A. <i>Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14</i></p>																		
<p>CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí 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:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, 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 pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... A Centro de salud B Puesto de salud (USF) C Promotor de salud D Clínica móvil / ambulante E Otro público (<i>especificar</i>) H</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada I Médico privado J Farmacia privada K Clínica móvil L Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) O</p> <p>Otras fuentes Paciente / amigo P Tienda o despensa Q Medico naturalista R</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) X</p>	
<p>CA12. ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</p>	<p>Antibióticos Pastilla / Jarabe I Inyección J</p> <p>Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina Q Ibuprofeno R</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) X No sabe Z</p>	
<p>CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14</p>		
<p>CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (<i>nombre del medicamento en CA13</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público Hospitales del gobierno, (Nacional, Distrital, etc)..... 11 Centro de salud 12 Puesto de salud (USF) 13 Promotor de salud 14 Clínica móvil / ambulante 15 Otro público (<i>especificar</i>) 16</p> <p>Sector médico privado Hospital / clínica privada 21 Médico privado 22 Farmacia 23 Clínica móvil 24 Otras fuentes médicas privadas (<i>especificar</i>) 26</p> <p>Otras fuentes Paciente / amigo 31 Tienda o despensa 32</p> <p>Ya tenía en su casa 40</p> <p>Otro (<i>especificar</i>) 96</p>	

--	--	--

CA14. <i>Verifique AG2: Edad del niño/a</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15</i> <input type="checkbox"/> <i>Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a UF13</i>		
CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nombre</i>) DEFECO, (HIZO POPO O CACA), ¿CÓMO SE ELIMINÓ LA DEPOSICIÓN?	El niño usó el inodoro / letrina	01
	Lo puso / descartó en el inodoro o letrina .	02
	Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca	03
	Se tiró a la basura (residuo sólido)	04
	Se enterró	05
	Se dejó al aire libre.....	06
	Otro (<i>especificar</i>)	96
No sabe	98	

UF13. <i>Anote la hora.</i>	<i>Hora y minutos</i> ____ : ____	
UF14. <i>Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</i> <i>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</i>		
<input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar</i>		
<i>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer y de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</i>		

ANTROPOMETRÍA

AN

Una vez que los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.

AN1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
AN2. Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas 1	
	El niño/ la niña no estaba presente 2	2⇒AN6
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó 3	3⇒AN6
	Otro (especificar) _____ 6	6⇒AN6
AN3. Peso del niño/a	Kilogramos (kg) _ . _	
	No se midió el peso 99.9	
AN3A. ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?		
<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.		
AN3B. Verifique la edad del niño/a en AG2:		
<input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla (acostado). <input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
AN4. Estatura/talla del niño/a	Talla/estatura (cm)..... _ . _	
	No se midió la Talla/estatura 9999.9	⇒AN6
AN4A. ¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?	Acostado 1	
	De pie 2	

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

Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.

No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del Supervisor

Observaciones del medidor

PANEL DE INFORMACIÓN DE PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA **WQ**

Este formulario de cuestionario se utilizará para hogares que hayan sido seleccionados para las pruebas de calidad del agua. Consulte la tabla de muestreo provista para las pruebas de calidad del agua para responder a las preguntas WQ1 de abajo.

WQ1A. Número de conglomerado (UPM) __ __ __	WQ1B. Número de hogar (vivienda): __ __
WQ1D. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____ __ __	WQ1E. Nombre y número del supervisor: Nombre _____ __ __
WQ1F. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / 2016	

COMO PARTE DE LA ENCUESTA, TAMBIÉN NOS CENTRAMOS EN LA CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER DEL HOGAR. SU HOGAR HA SIDO SELECCIONADO PARA ESTA PARTE DE LA ENCUESTA Y NOS GUSTARÍA REALIZAR UN SIMPLE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA A PARTIR DE MUESTRAS DEL AGUA QUE ACOSTUMBRAN A BEBER. ¿PUEDO COMENZAR AHORA?

Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WQ3.

No, no se concede permiso ⇒ Marque con un círculo sobre 02 en WQ2. El modulo se ha completado.

Discuta el resultado con su supervisor.

WQ2. Resultado de la prueba de la calidad del agua	Completado 01 Rechazado 02 Completado parcialmente..... 03 Otro (<i>especificar</i>) 96
---	--

PRUEBA DE LA CALIDAD DEL AGUA		WQ
WQ3. QUISIÉRAMOS HACER UNA PRUEBA AL AGUA QUE UTILIZAN PARA BEBER. ¿PODRÍA DARME UN VASO DE AGUA QUE LE DARÍA A UN NIÑO/A A BEBER?	Sí.....1	2-6 ⇨ Siguiete modulo
	No	
	La fuente de agua no era funcional 2	
	Fuente de agua demasiado lejana..... 3	
	No se puede acceder a la fuente 4	
	No sabe dónde se encuentra la fuente..... 5	
Otrarazón (<i>especificar</i>)..... 6		
WQ4. ¿HA HECHO ALGO CON EL AGUA PARA QUE SEA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí..... 1	2 ⇨ WQ6 8 ⇨ WQ6
	No..... 2	
	No sabe8	

<p>WQ5. ¿QUÉ HA HECHO CON EL AGUA PARA QUE SEA MÁS SEGURA PARA BEBER?</p>	<p>La hierve..... A</p> <p>Le añade blanqueador/cloro/liquido purificador B</p> <p>La filtra con una tela..... C</p> <p>Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, etc.)..... D</p> <p>Desinfección solar /exposición al sol..... E</p> <p>La deja reposar y asentar..... F</p> <p>Añade alumbre (piedra blanca)..... G</p> <p>Añade tableta/pastilla..... H</p> <p>Otro (<i>especificar</i>)..... X</p> <p>NS..... Z</p>	
<p>WQ6. <i>Realice la prueba de agua en el hogar</i></p> <p><i>Utilizando el agua del vaso de agua para beber suministrado por el entrevistado/a, lleve a cabo la prueba de la calidad del agua. Etiqueta H-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado (UPM) e YY es el número del hogar (vivienda).</i></p> <p><i>Registre si se realizó la prueba.</i></p>	<p>Prueba del agua del hogar llevada a cabo 1</p> <p>Prueba del agua del hogar no llevada a cabo 2</p>	

<p>WQ8. ANTERIORMENTE, NOS DIJO QUE LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR ERA _____. ¿PROVIENE ESTE VASO DE AGUA DE ESA FUENTE?</p> <p><i>Remítase a la respuesta facilitada a la Pregunta WS1 en la página 17.</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 ⇒ WQ10</p>
<p>WQ9. ¿PODRÍA POR FAVOR MOSTRARME SU PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER PARA QUE PUEDA TOMAR UNA MUESTRA DE AGUA EN ESE LUGAR?</p> <p><i>Si la respuesta es "no", sondee para averiguar por qué no es posible. Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sido completado.</i></p>	<p>Sí.....1</p> <p>No</p> <p>La fuente de agua no era funcional 2</p> <p>Fuente de agua demasiado lejana..... 3</p> <p>No se puede acceder a la fuente 4</p> <p>No sabe dónde se encuentra la fuente..... 5</p> <p>Otrarazón (<i>especificar</i>)..... 6</p>	<p>1⇒ WQ12</p> <p>2-6 ⇒ Siguiete modulo</p>

<p>WQ10. ¿DE QUÉ FUENTE PROVIENE EL AGUA QUE ME DIO EN ESTE VASO?</p>	<p><u>Agua de tubería</u></p> <p>Tubería dentro de la vivienda..... 11</p> <p>Tubería dentro del terreno, patio o lote..... 12</p> <p>Tubería del vecino..... 13</p> <p>Llave/grifo público..... 14</p> <p>Pozo con tubería..... 21</p> <p><u>Pozo cavado</u></p> <p>Pozo protegido..... 31</p> <p>Pozo no protegido..... 32</p> <p>Agua de manantial</p> <p>Manantial protegido..... 41</p> <p>Manantial no protegido..... 42</p> <p>Recogen agua de lluvia..... 51</p> <p>Carro-tanque / camión cisterna..... 61</p> <p>Carreta con tanque/tambor pequeño.... 71</p> <p>Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación)..... 81</p> <p>Agua embotellada/envasada..... 91</p> <p>Otra (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
--	---	--

<p>WQ11. ¿PODRÍA POR FAVOR MOSTRARME LA FUENTE DEL VASO DE AGUA PARA QUE PUEDA TOMAR UNA MUESTRA DE AGUA DE ESE LUGAR?</p> <p><i>Si la respuesta es "no", sondee para averiguar por qué no es posible. Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sido completado.</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No</p> <p>La fuente de agua no era funcional 2</p> <p>Fuente de agua demasiado lejana..... 3</p> <p>..... 3</p> <p>No se puede acceder a la fuente 4</p> <p>..... 4</p> <p>No sabe dónde se encuentra la fuente.....5</p> <p>Otrarázon (<i>especificar</i>)..... 6</p>	<p>1 ⇒ WQ12</p> <p>2-6 ⇒ Siguiete modulo</p>
<p>WQ12. <i>Realice la prueba de la fuente de la agua</i></p> <p><i>Utilizando una muestra de la agua tomada en la fuente, lleve a cabo la prueba de la calidad de la agua. Etiqueta F-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado e YY es el número del hogar.</i></p> <p><i>Registre si se realizó la prueba.</i></p>	<p>Prueba de la fuente de la agua llevada a cabo 1</p> <p>Prueba de la fuente de agua no llevada a cabo 2</p>	
<p>WQ13. . ¿Ha sido el hogar seleccionado para el ensayo en blanco del agua?</p> <p><input type="checkbox"/> El hogar fue seleccionado para el ensayo en blanco del agua ⇒ WQ14</p> <p><input type="checkbox"/> El hogar no fue seleccionado para el ensayo en blanco del agua ⇒ Dé las gracias al entrevistado/a. El módulo ha sidocompletado.</p>		

<p>WQ14: Realice la prueba de calidad del agua</p> <p><i>Utilizando una muestra de agua esterilizada facilitada por el supervisor, lleve a cabo la prueba de la calidad del agua. Etiqueta B-XXX-YY, donde XXX es el número de conglomerado e YY es el número del hogar.</i></p> <p><i>Registre si se realizó la prueba.</i></p>	<p>Ensayo en blanco del agua llevado a cabo 1</p> <p>Ensayo en blanco del agua no llevado a cabo 2</p>	
---	--	--

Resultados de las pruebas de la calidad del agua		WQ
<p><i>Durante las siguientes 24-48 horas de incubación, deberá registrarse los resultados de las pruebas de la calidad del agua.</i></p>		
<p>WQ15. Día / Mes / Año del registro de los resultados de las pruebas: ____ / ____ / 2 0 16</p>		
<p><i>En los cuadros que se presentan a continuación:</i></p> <p>-Registre el conteo de 3 dígitos de las colonias.</p> <p>-Si se cuentan más de 99 colonias, registre '101'</p> <p>-Si no es posible leer los resultados o los resultados se han perdido, registre '998'</p> <p>-Si no se llevaron a cabo las pruebas microbiológicas, registre '999'</p>		
<p>Registre los resultados de la prueba del agua del <u>Hogar</u></p>		
<p>WQ16. Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra de agua del hogar</p>	<p>Número de colonias ____</p>	
<p>WQ17. Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra de agua del hogar</p>	<p>Número de colonias ____</p>	
<p>WQ18. Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra de agua del hogar</p>	<p>Número de colonias ____</p>	
<p>WQ19. Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra de agua del hogar</p>	<p>Número de colonias ____</p>	
<p>Registre los resultados de la prueba de la <u>fuentes</u> del agua</p>		
<p>WQ20. Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra de la fuente de agua</p>	<p>Número de colonias ____</p>	
<p>WQ21. Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra de la fuente de agua</p>	<p>Número de colonias ____</p>	

WQ22. Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra de la fuente de agua	Número de colonias _ _ _ _
WQ23. Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra de la fuente de agua	Número de colonias _ _ _ _
Registre los resultados de la muestra en <u>blanco</u> del agua	
WQ24 Registre el número de colonias rojas/ rosas en 1 ml de la muestra en blanco de agua	Número de colonias _ _ _ _
WQ25 Registre el número de colonias azules en 1 ml de la muestra en blanco de agua	Número de colonias _ _ _ _
WQ26 Registre el número de colonias rojas/ rosas en 100 ml de la muestra en blanco de agua	Número de colonias _ _ _ _
WQ27 Registre el número de colonias azules en 100 ml de la muestra en blanco de agua	Número de colonias _ _ _ _
Observaciones del medidor/a	

Observaciones del supervisor/a

Encuesta de
Indicadores
Múltiples por
Conglomerados

MICS
Paraguay
2016

