

ENTREVISTADOR(A): El informante es la madre biológica del niño/niña seleccionado(a) si vive en el hogar y es mayor de edad o la persona que más sabe sobre los niños/niñas menores de 6 años de edad.

ENTREVISTADOR(A): La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la fecha de la visita al hogar en línea de base. En estos casos, para ayudar al entrevistado a recordar mencione:
"Desde la última vez que le entrevistaron, cuando pesaron y midieron al niño y le tomaron la muestra de sangre y después lo llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley..."

I. IDENTIFICACIÓN		
Nombre y número de orden del niño(a): _____		
ENTREVISTADOR(A): Verifique que la edad es menor de 6 años		
101. Edad:	_____ Meses	
II. CUIDADO INSTITUCIONAL Y NO INSTITUCIONAL		
A. CUIDADO PRESENTE		
ENTREVISTADOR(A): En la pregunta 200, lea todas las opciones y marque Sí o No para cada una según la respuesta del entrevistado(a). El objetivo de la 201 es IDENTIFICAR LA FORMA DE CUIDADO PRINCIPAL: por favor, pregunte todas las opciones; si el entrevistado(a) responde Sí a más de una opción, pregunte cuál es la principal y marque ésta.	200. Actualmente, el cuidado de _____, ¿está a cargo de _____?	201. ¿Es esta la principal forma de cuidado (formal o informal) que recibe _____ de lunes a viernes?
a. Jardín infantil /Guardería oficial (público) b. Jardín infantil /Guardería no oficial (privado o comunitario) c. Preescolar oficial (público). d. Preescolar no oficial (privado o comunitario). e. Hogar Comunitario/ FAMI. f. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) a cambio de un pago g. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) que no recibe ningún pago a cambio h. Madre. i. Otro, ¿cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓
201a. ENTREVISTADOR(A): Verifique la pregunta 200, ¿la respuesta a todas as opciones a, b, c, d fue "No"?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 202
201b. ¿Piensa enviar a _____ al jardín o a preescolar en el futuro?		Sí 1 <input type="checkbox"/> → 202 No 2 <input type="checkbox"/>
201c. ¿Cuál es la razón por la que no piensa enviar a _____ al jardín o al preescolar?		No lo puedo pagar 1 <input type="checkbox"/> Está muy lejos 2 <input type="checkbox"/> Es bueno retrasar la entrada al jardín/preescolar (_____ está mejor en casa) 3 <input type="checkbox"/> No aprenden mucho en el jardín/preescolar 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR(A): Las siguientes preguntas sólo aplican **para la forma de cuidado principal establecida en 201**. Revise la pregunta 201 y marque el literal correspondiente (en la primera columna).

		202. Normalmente, ¿cuántos días a la semana está al cuidado de ___ de lunes a viernes?	203. En un día normal, en los días que asiste entre semana, ¿cuántas horas al día asiste/recibe ___ esta forma de cuidado?	204. Número de niños/niñas bajo esta forma de cuidado al mismo tiempo que ___	205. ¿Qué edad tenía ___ cuando asistió/recibió este tipo de cuidado por primera vez? (en meses)	206. Durante el tiempo que ___ está bajo esta forma de cuidado, ¿tiene la oportunidad de jugar fuera, en espacios abiertos?	207. ¿Cuál es el material predominante de los pisos en el espacio donde cuidan al niño/niña?	208. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al lugar donde cuidan al niño/niña?	209. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al lugar donde cuidan al niño/niña?	210. ¿Tiene algún costo este transporte?
a. Jardín infantil /Guardería oficial (público)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212
b. Jardín infantil /Guardería no oficial (privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses <input type="text"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212
c. Preescolar oficial (público)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses <input type="text"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212
d. Preescolar no oficial (privado o comunitario)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses <input type="text"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212
e. Hogar Comunitario/ FAMI	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses <input type="text"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212

		202. Normalmente, ¿cuántos días a la semana está al cuidado de ___ de lunes a viernes?	203. En un día normal, en los días que asiste entre semana, ¿cuántas horas al día asiste/recibe esta forma de cuidado?	204. Número de niños/niñas bajo esta forma de cuidado al mismo tiempo que ____	205. ¿Qué edad tenía ____ cuando asistió/recibió este tipo de cuidado por primera vez? (en meses)	206. Durante el tiempo que ____ está bajo esta forma de cuidado, ¿tiene la oportunidad de jugar fuera, en espacios abiertos?	207. ¿Cuál es el material predominante de los pisos en el espacio donde cuidan al niño/niña?	208. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al lugar donde cuidan al niño/niña?	209. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al lugar donde cuidan al niño/niña?	210. ¿Tiene algún costo este transporte?
f. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) a cambio de un pago	<input type="checkbox"/>	____	____		Meses ____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, 1 <input type="checkbox"/> alfombra o mármol 2 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 3 <input type="checkbox"/> Cemento 4 <input type="checkbox"/> Gravilla 5 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 6 <input type="checkbox"/> Otro	Horas ____ Minutos ____ NS/NR 9 <input type="checkbox"/> N.A. 1 <input type="checkbox"/> → 212	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212
g. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) que NO recibe ningún pago a cambio	<input type="checkbox"/>	____	____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> Niños ____	Meses ____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, 1 <input type="checkbox"/> alfombra o mármol 2 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 3 <input type="checkbox"/> Cemento 4 <input type="checkbox"/> Gravilla 5 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 6 <input type="checkbox"/> Otro	Horas ____ Minutos ____ NS/NR 9 <input type="checkbox"/> N.A. 1 <input type="checkbox"/> → 214	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 216
h. Madre	<input type="checkbox"/>	____	____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 206 Niños ____ → 206		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, 1 <input type="checkbox"/> alfombra o mármol 2 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 3 <input type="checkbox"/> Cemento 4 <input type="checkbox"/> Gravilla 5 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 6 <input type="checkbox"/> Otro	→ 216		
i. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	____	____		Meses ____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, 1 <input type="checkbox"/> alfombra o mármol 2 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 3 <input type="checkbox"/> Cemento 4 <input type="checkbox"/> Gravilla 5 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 6 <input type="checkbox"/> Otro	Horas ____ Minutos ____ NS/NR 9 <input type="checkbox"/> N.A. 1 <input type="checkbox"/> → 212	Motorizado 1 <input type="checkbox"/> No Motorizado 2 <input type="checkbox"/> A pie 3 <input type="checkbox"/> → 212	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 212

	211. ¿Cuánto paga por este transporte?	¿Pagó o tiene que pagar por concepto de los siguientes gastos para el cuidado de _____ en este establecimiento/con esta persona en el presente año? ENTREVISTADOR(A): Lea todas las opciones y marque "Sí" o "No" para cada opción según corresponda. Si todos "No" pase a 214		213. ¿Cuánto es el total de los gastos mencionados anteriormente?	214. ¿Cuántos niños asisten a este establecimiento/ o están al cuidado de esta persona en el salón o espacio en que está _____?	215. ¿Cuántas personas cuidan los niños de este salón o espacio?
a. Jardín infantil /Guardería oficial (público)	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
b. Jardín infantil /Guardería no oficial (privado o comunitario)	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
c. Preescolar oficial (público)	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
d. Preescolar no oficial (privado o comunitario)	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
e. Hogar Comunitario / FAMI	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
f. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) a cambio de un pago	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__
g. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) que NO recibe ningún pago a cambio	\$ _____					
h. Madre						
i. Otro, ¿cuál? _____	\$ _____	a. Cuota mensual b. Comidas c. Uniforme/bata/ropa d. Contribución para materiales e. Otro.	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	\$ _____	Solo él/ella 1 <input type="checkbox"/> → 216 Niños __	__

B. CUIDADO HISTÓRICO

🗣️ **Entrevistador(a):** Leer todas las opciones de una en una y marcar **TODAS** las que correspondan. Tener presente la edad del niño/niña y comprobar que la historia de cuidado infantil y edades de inicio y fin son compatibles con la edad actual del niño/niña.

216. Desde _____, ¿recibió _____ alguna forma de cuidado infantil (como forma de cuidado principal) diferente a la forma mencionada en la sección anterior?

🗣️ **Entrevistador(a):** Pregunte por todas las formas de cuidado a continuación. Recuerde que el objetivo es construir la historia de cuidado del niño/niña desde la línea de base.

a. Jardín infantil /Guardería oficial (público)	Ninguna 3 <input type="checkbox"/> → 219 No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
b. Jardín infantil /Guardería no oficial (privado o comunitario)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
c. Preescolar oficial (público)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
d. Preescolar no oficial (privado o comunitario)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
e. Hogar Comunitario/FAMI	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
f. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) a cambio de un pago	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
g. Cuidador (familiar, amigo, vecino, otra persona de fuera o dentro del hogar) que no recibe ningún pago a cambio	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses
h. Madre	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Mese
i. Otro, ¿cuál?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_____ Meses	_____ Meses


EXPECTATIVAS: Ahora vamos a pensar en el futuro de _____

219. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que cree que _____ va a alcanzar?


Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
Preescolar	2 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
Primaria	3 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>
Secundaria	4 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
Técnica o Tecnológica	5 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/>
Superior o Universitaria	6 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
Postgrado	7 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>

220. ¿Cómo cree que será el desempeño escolar de _____ en:

a. Primer grado (Iniciando la primaria)	Mejor que el de otros niños de su salón Igual que el de otros niños de su salón Peor que el de otros niños de su salón	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
b. Sexto grado (Iniciando la secundaria)	Mejor que el de otros niños de su salón Igual que el de otros niños de su salón Peor que el de otros niños de su salón	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
c. Grado once (Terminando la secundaria)	Mejor que el de otros niños de su salón Igual que el de otros niños de su salón Peor que el de otros niños de su salón	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
221. ¿En qué ocupación le gustaría que se desempeñara _____ cuando sea adulto? 🗣️ Entrevistador(a): sondee suficientemente esta pregunta y clasifique la respuesta de acuerdo con las siguientes opciones:	En agricultura, flora o ganadería En servicio doméstico, carpintería, conductor, celador o vendedor Secretaria, auxiliar contable, auxiliar de enfermería Técnico, dibujante, electricista, mecánico Abogado, médico, ingeniero, empresario, arquitecto, contador Otra, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
222. 🗣️ Entrevistador(a): ¿La mamá dijo “en lo que él/ella quiera”?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

III. SITUACIÓN NUTRICIONAL CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
301.  ENTREVISTADOR(A): Solicite el carné del programa de Crecimiento y Desarrollo del niño sano. Si la madre lo tiene, revise el carné y transcriba en las casillas la cantidad de controles desde _____	a. ¿Tiene carné? Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/>	b. No. Controles <input type="text"/>	→ 304
302. Desde _____ hasta hoy, ¿ha asistido _____ a algún control de crecimiento y desarrollo del niño sano?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		→ IV
303. ¿A cuántos controles ha asistido _____?	<input type="text"/>		
304. Por favor, indíqueme o transcriba (según corresponda) la fecha del último control.	a. Día: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> c. Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
305. En el último control, ¿le formularon a _____ algún medicamento para los parásitos intestinales o lombrices?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>		

IV. HABITAT			
401. ¿Cuál es el material predominante en el piso del cuarto o lugar en que _____ pasa la mayor parte de su tiempo cuando está en la casa?	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>		
402. ¿Cuál es el material predominante en el piso de la habitación en que duerme _____?	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento 3 <input type="checkbox"/> Gravilla 4 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>		
403. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa _____ en el sitio donde se preparan los alimentos en este hogar?	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas b. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos N/A 1 <input type="checkbox"/>		

V. MORBILIDAD			
501. ¿Tiene _____ alguna anomalía congénita seria o incapacidad permanente?  Entrevistador(a): por ejemplo, ceguera, sordera, falta de habla, espina bífida, labio paladar hendido agudo, alteración en la formación de los miembros, síndrome de Down, etc.	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Cuál? _____	
502. Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿tuvo _____ diarrea o soltura de estómago?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		→ 505
503. ¿Cuántos días duró o lleva _____ con esa diarrea o soltura del estómago?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> días		
504. ¿Cuántas veces evacuó o hizo del cuerpo _____ el día en que estuvo más enfermo(a) de diarrea?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> veces		
505. Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿tuvo _____ gripa, tos o resfriado con fiebre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		→ ⊗
506. ¿Cuántos días duró o lleva _____ con esa gripa, tos o resfriado con fiebre?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> días		
507. Cuando _____ estaba enfermo(a), ¿respiraba más agitadamente que otras veces, con respiración corta y rápida?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: