

No. DE CUESTIONARIO: _____

No. SEGMENTO CORRELATIVO: _____

NOMBRE DE LA ENCUESTADORA

CUESTIONARIO

ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD FAMILIAR

ENESF-2001

**ASOCIACIÓN
HONDUREÑA DE
PLANIFICACIÓN DE
FAMILIA
(ASHONPLAFA)**

**SECRETARÍA DE
SALUD PÚBLICA**

TEGUCIGALPA, F.M
HONDURAS, C.A.

ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD FAMILIAR DE HONDURAS (ENESF/2001)

**SECRETARÍA DE SALUD (SS)
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA (ASHONPLAFA)**

CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA

I. IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA	
REGIÓN -----	REGION <input type="text"/>
DEPARTAMENTO-----	DEPART <input type="text"/>
MUNICIPIO-----	MUNICIPI <input type="text"/>

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	
CUESTIONARIO No. <input type="text"/>	CUEST
SEGMENTO No.-----	SEGMENTO <input type="text"/>
SEGMENTO CORRELATIVO-----	SEGCORR <input type="text"/>
VIVIENDA No. -----	VIVIENDA <input type="text"/>

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

Ciudad/Pueblo: _____

Calle/Camino/Carretera: _____

Aldea/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote No. _____

Nombre del Jefe del Hogar: _____

C. RESULTADO DE LA VISITA Y DE LA ENTREVISTA				
Número de la visita	1	2	3	VISITNO
Código de la encuestadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ENTCOD
Fecha de visita	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	ENTDIA ENTMES
Hora inicial de la entrevista	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	INICHORA INICMIN
Hora final de la entrevista	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	FINHORA FINMIN
Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULT
(*) Código de Resultado	Entrevista completa MEF ausente Moradores ausentes Rechazo de la vivienda	1 2 3 4	Rechazo de MEF Vivienda desocupada No hay MEF Otro _____ <small>(Especifique)</small>	5 6 7 8

OBSERVACIONES: _____

II: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Estamos haciendo una encuesta de salud de la mujer para la Secretaría de Salud. Los datos son estrictamente confidenciales, deseamos contar con su colaboración

<p>1. ¿De dónde obtiene el agua en esta vivienda? P1AGUA</p> <p>LLAVE DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1</p> <p>LLAVE FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD.....2</p> <p>LLAVE FUERA DE LA PROPIEDAD A MENOS DE 100 M.....3</p> <p>LLAVE FUERA DE LA PROPIEDAD A 100 M O MÁS.....4</p> <p>FUENTE NATURAL: RÍO, QUEBRADA, NACIENTE, VERTIENTE, LAGO.....5</p> <p>POZO MALACATE (SIN BOMBA).....6</p> <p>POZO CON BOMBA (ELECTRICA O MANUAL).....7</p> <p>LA COMPRAN/CARRO CISTERNA.....8</p> <p>FUENTE DE AGUA PROTEGIDA.....9</p> <p>MANGUERA (FUENTE NO ESPECIFICADA).....10</p> <p>SE LA REGALAN.....11</p> <p>OTRO.....88</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>5. ¿Qué se hace o dónde se deposita finalmente la basura de la vivienda? P5BASU</p> <p>TREN DE ASEO MUNICIPAL/BASURERO..... 1</p> <p>SE QUEMA..... 2</p> <p>SE ENTIERRA..... 3</p> <p>FINCA O HUERTO..... 4</p> <p>EN EL PATIO..... 5</p> <p>SOLAR BALDÍO/BARRANCO..... 6</p> <p>EN LA CALLE..... 7</p> <p>RÍO/QUEBRADA..... 8</p> <p>OTRO..... 88</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																																																																																
<p>2. ¿El agua que toman en esta vivienda es electropura, la cloran, la hierven o la toman tal como viene? P2TIPO</p> <p>ELECTROPURA..... 1</p> <p>LA CLORAN..... 2</p> <p>LA HIERVEN..... 3</p> <p>LA CLORAN/HIERVEN..... 4</p> <p>LA TOMAN COMO VIENE DE LA FUENTE..... 5</p> <p>FILTRADA..... 6</p> <p>LA CUELA/COLADA..... 7</p> <p>LA COMPRAN..... 8</p> <p>OTRO..... 88</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>6. ¿Cuál es el principal combustible o energía que ustedes utilizan más frecuentemente para cocinar? P6COMB</p> <p>GAS BUTANO..... 1</p> <p>GAS DE KEROSENE..... 2</p> <p>ELECTRICIDAD..... 3</p> <p>LEÑA..... 4</p> <p>CARBÓN..... 5</p> <p>NO COCINA..... 6</p> <p>OTRO..... 88</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																																																																																
<p>3. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene esta vivienda? P3SSH</p> <p>INODORO (LAVABLE)..... 1</p> <p>LETRINA HIDRAULICA/TASA CAMPESINA..... 2</p> <p>LETRINA DE FOSA SIMPLE..... 3</p> <p>NO TIENE/AL AIRE LIBRE..... 4</p> <p>OTRO..... 8</p> <p style="text-align: center;">(especifique)</p>	<p>7. ¿Cuál es el material predominante del piso? P7PISO</p> <p>TIERRA..... 1</p> <p>PLANCHA DE CEMENTO..... 2</p> <p>LADRILLO MOSAICO..... 3</p> <p>MADERA..... 4</p> <p>LADRILLO RAFÓN..... 5</p> <p>OTRO..... 8</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																																																																																
<p>4. ¿En esta vivienda se cuenta con los siguientes servicios y/o artefactos?</p> <p>(LEALE UNA A UNA)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4A</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4B</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4C</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4D</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4E</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4F</th> <th style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P4G</th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Luz eléctrica.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Radio.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Televisión.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Refrigeradora.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e. Carro, paila o camión propio.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f. Computadora.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g. Teléfono.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		P4A	P4B	P4C	P4D	P4E	P4F	P4G	SI	NO	a. Luz eléctrica.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	b. Radio.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	c. Televisión.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	d. Refrigeradora.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	e. Carro, paila o camión propio.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	f. Computadora.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	g. Teléfono.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2	<p>8. ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda, sin incluir los baños y la cocina? P8CUAR <u> </u> <u> </u></p>
	P4A	P4B	P4C	P4D	P4E	P4F	P4G	SI	NO																																																																								
a. Luz eléctrica.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
b. Radio.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
c. Televisión.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
d. Refrigeradora.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
e. Carro, paila o camión propio.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
f. Computadora.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
g. Teléfono.....	1	2	1	2	1	2	1	1	2																																																																								
<p>9. ¿Cuántas personas residen habitualmente en la vivienda?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>NÚMERO DE PERSONAS.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P9PERSO</td> <td><u> </u></td> <td><u> </u></td> </tr> <tr> <td>VARONES.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P9VARON</td> <td><u> </u></td> <td><u> </u></td> </tr> <tr> <td>MUJERES.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P9MUJER</td> <td><u> </u></td> <td><u> </u></td> </tr> </tbody> </table> <p>EXCLUYA VISITANTES Y NO OLVIDE INCLUIR LOS NIÑOS MENORES Y LOS ANCIANOS</p>	NÚMERO DE PERSONAS.....	P9PERSO	<u> </u>	<u> </u>	VARONES.....	P9VARON	<u> </u>	<u> </u>	MUJERES.....	P9MUJER	<u> </u>	<u> </u>																																																																					
NÚMERO DE PERSONAS.....	P9PERSO	<u> </u>	<u> </u>																																																																														
VARONES.....	P9VARON	<u> </u>	<u> </u>																																																																														
MUJERES.....	P9MUJER	<u> </u>	<u> </u>																																																																														

10. ¿El jefe del hogar es?	P10JEFE	
Hombre		1
Mujer		2
11. ¿Cuántos perros hay en la vivienda?		
Número de perros		<input type="text"/> <input type="text"/>
Ninguno		00
No sabe		98
	P11	

III. SELECCIÓN DE LA MUJER A ENTREVISTAR

LEA: Por favor, ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en este hogar, empezando por la de más edad?

SI NO HAY MEF, ANOTE "0" EN 13 Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL REGLÓN UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

12. Línea de MEF	Nombre de la mujer en edad fértil (MEF)	EDAD (Años cumplidos)
1		<input type="text" value="P12ED1"/>
2		<input type="text" value="P12ED2"/>
3		<input type="text" value="P12ED3"/>
4		<input type="text" value="P12ED4"/>
5		<input type="text" value="P12ED5"/>
6		<input type="text" value="P12ED6"/>
7		<input type="text" value="P12ED7"/>
8		<input type="text" value="P12ED8"/>

¿Entonces, en la casa viven en total _____ mujeres de 15 a 49 años de edad?

13. Número de MEF

SI ES "0" ANOTE CÓDIGO 7 EN RESULTADO Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

IV. CUADRO PARA SELECCIÓN DE LA MEF A ENTREVISTAR

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE MEF EN LA VIVIENDA								
	<input type="text" value="SELCUA"/>	1	2	3	4	5	6	7	8
0		1	2	2	4	3	6	5	4
1		1	1	3	1	4	1	6	5
2		1	2	1	2	5	2	7	6
3		1	1	2	3	1	3	1	7
4		1	2	3	4	2	4	2	8
5		1	1	1	1	3	5	3	1
6		1	2	2	2	4	6	4	2
7		1	1	3	3	5	1	5	3
8		1	2	1	4	1	2	6	4
9		1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA _____

14. No. DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA

**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD FAMILIAR
(ENESF-2001)**

SECRETARÍA DE SALUD (SS)

ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA (ASHONPLAFA)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL	
100. CUESTIONARIO N°:.....	<input type="text" value="CUEST"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
101. SEGMENTO CORRELATIVO:.....	<input type="text" value="P101SEG"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
102. VIVIENDA N°:.....	<input type="text" value="P102VIV"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
103. NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA: (Cuestionario de la vivienda)	<input type="text" value="P103LIN"/> <input type="text"/>

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Carretera: _____

Aldea/Caserío/Barrio: _____ Casa/Lote N°: _____

NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES: _____

Estamos haciendo una encuesta nacional para la Secretaría de Salud sobre la salud de la mujer y los niños y solicitamos su cooperación. La información proporcionada por usted es confidencial. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Es muy importante que sus respuestas sean verdaderas.

¿Usted está de acuerdo en ser entrevistada?

FIRMA DE ENCUESTADORA: _____

FECHA: _____

ENCUESTADORA: SI NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EL CÓDIGO 5 EN RESULTADO.

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																				
200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació Ud.?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> P200MNAC P200ANAC </div> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 9898																					
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	P201ED																				
SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2001 SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2000 SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER</u>																							
202	¿En dónde vivía Ud. a inicios de 1996 (hace 5 años)? P202VIV	AQUÍ..... 1 <input type="radio"/> EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 <input type="radio"/> EN EL EXTRANJERO..... 3 <input type="radio"/>	204																				
203	¿Cuál era el departamento de su residencia hace cinco años? P203RES	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ATLÁNTIDA.....01</td> <td style="width: 50%;">INTIBUCÁ..... 10</td> </tr> <tr> <td>COLÓN.....02</td> <td>ISLAS DE LA BAHÍA..... 11</td> </tr> <tr> <td>COMAYAGUA03</td> <td>LA PAZ..... 12</td> </tr> <tr> <td>COPÁN.....04</td> <td>LEMPIRA..... 13</td> </tr> <tr> <td>CORTÉS05</td> <td>OCOTEPEQUE..... 14</td> </tr> <tr> <td>CHOLUTECA06</td> <td>OLANCHO..... 15</td> </tr> <tr> <td>EL PARAÍSO.....07</td> <td>SANTA BÁRBARA..... 16</td> </tr> <tr> <td>FCO. MORAZÁN.....08</td> <td>VALLE..... 17</td> </tr> <tr> <td>GRACIAS A DIOS....09</td> <td>YORO..... 18</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NS/NR..... 98</td> </tr> </table>	ATLÁNTIDA.....01	INTIBUCÁ..... 10	COLÓN.....02	ISLAS DE LA BAHÍA..... 11	COMAYAGUA03	LA PAZ..... 12	COPÁN.....04	LEMPIRA..... 13	CORTÉS05	OCOTEPEQUE..... 14	CHOLUTECA06	OLANCHO..... 15	EL PARAÍSO.....07	SANTA BÁRBARA..... 16	FCO. MORAZÁN.....08	VALLE..... 17	GRACIAS A DIOS....09	YORO..... 18		NS/NR..... 98	
ATLÁNTIDA.....01	INTIBUCÁ..... 10																						
COLÓN.....02	ISLAS DE LA BAHÍA..... 11																						
COMAYAGUA03	LA PAZ..... 12																						
COPÁN.....04	LEMPIRA..... 13																						
CORTÉS05	OCOTEPEQUE..... 14																						
CHOLUTECA06	OLANCHO..... 15																						
EL PARAÍSO.....07	SANTA BÁRBARA..... 16																						
FCO. MORAZÁN.....08	VALLE..... 17																						
GRACIAS A DIOS....09	YORO..... 18																						
	NS/NR..... 98																						
204	¿Está Ud. viviendo en la misma casa que antes del huracán Mitch? P204VIV	SI..... 1 <input type="radio"/> NO..... 2 <input type="radio"/>	207																				
205	¿Este cambio de vivienda fue como consecuencia del Mitch? P205CON	SI..... 1 <input type="radio"/> NO..... 2 <input type="radio"/>	207																				
206	¿Por qué no ha regresado a su vivienda original? P206ORI	FUE DESTRUIDA..... 1 ESTÁ PROHIBIDO RECONSTRUIR EN EL SITIO 2 ESTÁ PROHIBIDO VIVIR EN EL ÁREA..... 3 ESTOY CONFORME DONDE VIVO AHORA 4 NO TENGO DINERO PARA RECONSTRUIR..... 5 ME DA MIEDO VOLVER..... 6 OTRO 8 (Especifique)																					
ENCUESTADORA: PASE A 209																							

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
207	¿Tuvo que salir de su vivienda por un tiempo como consecuencia del huracán Mitch? P207SAL	SI.....1 NO.....2	209
208	¿Por cuánto tiempo tuvo que salir de su vivienda? P208TIE	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
209	¿Cuál es su religión? P209REL	CATÓLICA1 EVANGÉLICA/PROTESTANTE2 NO TIENE RELIGIÓN3 OTRA8 (Especifique)	
210	¿Es Ud. afiliada o beneficiaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)? P210AFI	AFILIADA.....1 BENEFICIARIA.....2 NO AFILIADA NI BENEFICIARIA.....3 NO SABE.....9	
211	¿Tiene usted algún plan de seguro privado de salud (que no sea Seguro Social)? P211SPRI	SI.....1 NO2 NO SABE9	
212	¿Ha asistido Ud. alguna vez a la escuela o colegio? P212ASIS	SI.....1 NO.....2	217
213	¿Estudia Ud. actualmente? P213ESTU	SI.....1 NO.....2	215
214	¿Usted está repitiendo el grado este año? P214REP	SI.....1 NO.....2	216 216
215	¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar? P215EDA	EDAD EN AÑOS..... NO SABE/NO RECUERDA.....9	
216	¿Cuál es el grado o año de estudio más alto que usted ha aprobado y en que nivel? P216NIV NIVEL P216GRA GRADO	NINGUNO..... 0 0 PRIMARIO.....1 1 2 3 4 5 6 SECUNDARIO.....2 1 2 3 4 5 6 SUPERIOR.....3 1 2 3 4 5 6 7+ ALFABETIZACIÓN.4 1 2 3 4	220 220
217	¿Ha oído mencionar un programa educativo que se llama EDUCATODOS? P217EDU	SI..... 1 NO..... 2	220
218	¿Tendría interés en participar en el programa educativo EDUCATODOS? P218EDU	SI..... 1 NO..... 2	220

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
219	¿Cuál es su horario preferido para seguir estudios en el Programa EDUCATODOS? P219EDU	AM 4:00 – 6:00.....1 6:00 – 8:00.....2 8:00 –10:00.....3 10:00 –12:00.....4	PM 12:00 – 2:00..... 5 2:00 – 4:00..... 6 4:00 – 6:00..... 7 6:00 – 8:00..... 8 8:00 – 10:00..... 9 10:00 – 12:00..... 10 CUALQUIER HORA..... 97 NO SABE..... 98
220	¿Cuál es su estado civil actual? P220EC	CASADA 1 UNIDA/UNIÓN LIBRE 2 DIVORCIADA..... 3 SEPARADA..... 4 VIUDA..... 5 SOLTERA..... 6	223 223 223 223
221	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja? P221ED	AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98	
222	¿Cuál fue el grado más alto que su marido ha aprobado y en qué nivel de estudios? P222NIV	NIVEL NINGUNO.....0 PRIMARIO.....1 SECUNDARIO.....2 SUPERIOR.....3 ALFABETIZACIÓN.....4 NO SABE.....9	GRADO P222GRA 0 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 + 1 2 3 4 9
223	¿Cuántas veces ha estado casada o unida a alguien compartiendo un techo, incluyendo el actual cónyuge? P223VECE	NÚMERO DE VECES <input type="text"/> NINGUNA0 300	
224	¿En qué mes y año se unió o juntó por primera vez? P224MES	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P224ANO NO RECUERDA..... 98 9898	
225	¿Cuántos años cumplidos tenía en esa primera unión? P225EDAD	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	

III. FECUNDIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud. haya tenido durante toda su vida, hasta la fecha.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
300	¿Actualmente está Ud. embarazada? P300EMB	SI 1 NO 2 NO SABE..... 9	302
301	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez? P301EMB	SI 1 NO 2	304 501
302	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.? P302EMB	MESES NO SABE 98	
303	¿Es su primer embarazo? P303PEMB	SI 1 NO..... 2	501
304	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.? P304EMB	A. HIJOS EN CASA..... B. HIJAS EN CASA..... C. TOTAL HIJOS/AS EN CASA..... (SI NO HAY ANOTE 00)	P304A P304B P304C
305	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.? P305EMB	A. HIJOS FUERA DE CASA..... B. HIJAS FUERA DE CASA..... C. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA..... (SI NO HAY ANOTE 00)	P305A P305B P305C
306	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido sólo poco tiempo? P306HMUE	SI.....1 NO 2	308
307	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto? P307EMB	A. HIJOS QUE MURIERON..... B. HIJAS QUE MURIERON..... C. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON.....	P307A P307B P307C
308	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)? P308MORT	SI.....1 NO 2	313

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
309	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos? P3109MORT	Nº DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS)..... <input type="text"/>	
310	En este(os) caso(s) ¿Presentó el(los) niño(s) algún signo de vida, por ejemplo, respiró o lloró? P310SIG	SI..... 1 NO..... 2	
SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 306, 307, 308, 309 y 310 Y EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s).			
311	¿En qué mes y año tuvo el parto de su último nacido muerto?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 9898	P311MES P311ANO
ENCUESTADORA: SI EN LA PREGUNTA 309 DECLARÓ SÓLO UN MORTINATO, PASE A 313			
312	¿En qué mes y año tuvo el parto del anterior que nació muerto?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 9898	P312MES P312ANO
313	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el sexto mes. ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar el sexto mes de embarazo (abortos)? P313ABOR	SI..... 1 NO..... 2	315
314	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud., o sea antes de completar el sexto mes de embarazo? P314PERD	Nº DE PÉRDIDAS <input type="text"/>	
315	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 304C, 305C Y 307C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos?	304C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 305C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> 307C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/> <input type="text"/> SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES "00" PASE A 501	P315A P315B P315C P315D
316a	¿Todos los hijos(as) son del mismo papá? P316A	SI..... 1 NO..... 2	317
316b	¿Con cuántos hombres ha tenido estos hijos? P316B	NÚMERO DE HOMBRES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 99	

Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el último o sea el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR). SI NO TIENE NOMBRE AUN ANOTE "NO"

- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE

- EN COLUMNA g., ANOTE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES DE UN MES CUMPLIDO Y HASTA 23 MESES; ANOTE EN AÑOS SI ES 24 MESES (DOS AÑOS) O MÁS.

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Registró el nacimiento?	d. ¿Está vivo (a)?	e. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	f. ¿En qué mes y año murió?	g. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?	h. ¿Registró o asentó la muerte?
01. ----- ÚLTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE.....1 SEXH1 MUJER.....2	DÍA DNAC1 MES..... MNAC1 AÑO..... ANAC1	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 RNAC1	SI.....1 NO.....2 VIVO1 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO EDAH1	MES..... MFALL1 AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3 EDMUR1	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9 REGMUE1
02. ----- SEGUNDO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
03. ----- TERCERO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
04. ----- CUARTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
05. ----- QUINTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
06. ----- SEXTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
07. ----- SÉPTIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO.....	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
08. ----- OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE.....1 SEXH8 MUJER.....2	DÍA DNAC8 MES..... MNAC8 AÑO..... ANAC8	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 RNAC8	SI.....1 NO.....2 VIVO8 PASE A COL. F	_____ PASE A SIG. NIÑO EDAH8	MES..... MFALL8 AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3 EDMUR8	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9 REGMUE8

317 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Registró el nacimiento?	d. ¿Está vivo (a)?	e. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	f. ¿En qué mes y año murió?	g. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?	h. ¿Registró o asentó la muerte?
09. ----- NOVENO ANTERIOR	HOMBRE.....1 SEXH9 MUJER.....2	DÍA DNAC9 MES..... MNAC9 AÑO ANAC9	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 RNAC9	SI.....1 NO.....2 VIVO9 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO EDAH9	MES..... MFALL9 AÑO AFALL9	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3 EDMUR9	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9 REGMUE9
10. ----- DÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
11. ----- UNDÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
12. ----- DUODÉCIMO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
13. ----- DÉCIMO TERCERO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
14. ----- DÉCIMO CUARTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
15. ----- DÉCIMO QUINTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 MUJER.....2	DÍA MES..... AÑO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	SI.....1 NO.....2 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO	MES..... AÑO	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9
16. ----- DÉCIMO SEXTO ANTERIOR	HOMBRE.....1 SEXH16 MUJER.....2	DÍA DNAC16 MES..... MNAC16 AÑO ANAC16	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 RNAC16	SI.....1 NO.....2 VIVO16 PASE A COL. F	----- PASE A SIG. NIÑO EDAH16	MES..... MFALL16 AÑO AFALL16	DÍAS 1 MESES 2 AÑOS 3 EDMUR16	SI.....1 NO.....2 NS/NR..9 REGMUE16

IV. SALUD EN LA NIÑEZ

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
400	ENCUESTADORA: VEA 317b: ¿El último nacido vivo nació a partir de enero de 1996?	SI.....1 NO.....2 ← P400F	501
401	ENCUESTADORA: VEA 317 Y ANOTE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____ VEA 317d. ¿EL ÚLTIMO ESTÁ VIVO ?	SI..... 1 NO..... 2 P401F	
402	¿Le dio el pecho a (NOMBRE)? P402SENO	SI.....1 NO.....2 ←	409
403	¿Después que nació (NOMBRE) cuánto tiempo pasó antes de pegar el niño (a) al pecho por primera vez? P403TIE	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="text"/> DÍAS..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
404	ENCUESTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO.....1 MUERTO.....2 ← P404F	406
405	¿Está dándole el pecho actualmente? P405SENO	SI.....1 ← NO.....2	407
406	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle de mamar a? P406EDA	DÍAS DE EDAD 1 <input type="text"/> MESES DE EDAD..... 2 <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998	TODAS PASAN A 409
407	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde las seis de la mañana hasta la seis de la tarde de ayer?	Nº DE VECES..... <input type="text"/> CADA VEZ QUE LO PEDÍA..... 97 NO RECUERDA..... 98 P407VEC	
408	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde las seis de la tarde de ayer hasta la seis de la mañana de hoy ?	Nº DE VECES..... <input type="text"/> CADA VEZ QUE LO PEDÍA..... 97 NO RECUERDA..... 98 P408VEC	
409	ENCUESTADORA: REVISE LA PREGUNTA 317b. IDENTIFIQUE SI EL NIÑO: Nació en 1999, 2000 ó 2001.....1 Nació en 1996, 1997, 1998.....2 ←		P409F 418
410	ENCUESTADORA: VEA EN 401 SI (NOMBRE) ESTÁ VIVO O MUERTO	VIVO.....1 MUERTO.....2 ←	P410F 416
411	¿Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy, le dio a (NOMBRE) algo de lo siguiente? (LÉALE UNA A UNA)	SI NO NS/NR a. Agua..... P411A 1 2 9 b. Leche de vaca..... P411B 1 2 9 c. Leche de lata/polvo..... P411C 1 2 9 d. Leche de cabra..... P411D 1 2 9 e. Otros líquidos, jugo..... P411E 1 2 9 f. Puré/papilla..... P411F 1 2 9 g. Comida sólida..... P411G 1 2 9 h. Biberón..... P411H 1 2 9	
412	ENCUESTADORA: VEA 317e (EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS) Y SI ES 00..... 1 MÁS DE 00..... 2 ←		P412F 414

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
413	¿Alguna vez le dio a (NOMBRE) lo siguiente: (LEA Y MARQUE LAS QUE MENCIONA)?	a. Agua1 b. Queso/huevo/mantequilla2 c. Carne (pollo, cerdo, res)3 d. Verduras4 e. Plátano/guineo5 f. Frutas6 g. Pan/tortillas7 h. Arroz8 i. Raíces (papa, yuca)9 j. Café/te10 k. Refresco (de botella)11 l. Leches (lata/bolsa/vaca)12 m. Sopa13 n. Jugos14 o. Frijoles15 p. Ninguno16	P413A P413B P413C P413D P413E P413F P413G P413H P413I P413J P413K P413L P413M P413N P413O P413P
414	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a sentarse sin ayuda? P414SEN	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES 00. AUN NO SE SIENTA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA	416
415	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a caminar sin ayuda? P415CAM	<input type="text"/> <input type="text"/> MESES 00. AUN NO CAMINA SIN AYUDA 99. NO RECUERDA	
416	Durante el embarazo de (NOMBRE) : SI NO NS/NR Tomó: a. Tabletas P416PRE Prenatales..... 1 2 9 b. Tabletas de P416HIE Hierro..... 1 2 9 c. Tabletas de P416AF Acido Fólico.... 1 2 9	¿A los cuántos meses empezó a tomarlas? P416PREM NS/NR ____ 98 P416HIEM 98 ____ 98 P416AFM 98	¿Cuántos meses las tomó durante el embarazo? P416PRET NS/NR ____ 98 P416HIET 98 ____ 98 P416AFT 98
417	En los 40 días después de dar a luz a (NOMBRE) , ¿Tomó tabletas de vitamina A? P417VIT	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	
418	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla? P418REG	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES.....00 NO HA VUELTO A TENER.....97 NO RECUERDA.....98	
419	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? P419REL	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL MISMO MES.....00 NO HA VUELTO A TENER.....97 NO RECUERDA.....98	
420	ENCUESTADORA: VEA 317b. ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996?	P420F <input type="text"/>	

VEA 317 Y ANOTE EN PREGUNTAS 421 Y 422 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996, AUNQUE NO ESTÉN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS	1. ÚLTIMO NACIDO VIVO	2. PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3. TERCERO ANTERIOR	4. CUARTO ANTERIOR	5. QUINTO ANTERIOR
421 NOMBRE (VEA 317)	_____	_____	_____	_____	_____
422 ESTÁ VIVO (VEA 317, COL. d.)	SI.....1 NO.....2 P422_1	SI.....1 NO.....2 P422_2	SI.....1 NO.....2 P422_3	SI.....1 NO.....2 P422_4	SI.....1 NO.....2 P422_4
423 Cuando usted se embarazó de (NOMBRE), ¿Quería Ud. tener ese hijo en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERÍA ENTONCES.....1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3 P423_1	QUERÍA ENTONCES.....1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3 P423_2	QUERÍA ENTONCES.....1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3 P423_3	QUERÍA ENTONCES.....1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3 P423_4	QUERÍA ENTONCES.....1 QUERÍA ESPERAR.....2 NO QUERÍA MÁS HIJOS.....3 P423_4
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 P424_1	SI.....1 NO.....2 P424_2	SI.....1 NO.....2 P424_3	SI.....1 NO.....2 P424_4	SI.....1 NO.....2 P424_4
425 ¿Dónde o con quién se hizo los controles prenatales? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	P425_1A HOSPITAL DE LA SS.....1 P425_1B HOSPITAL DE IHSS.....2 P425_1C MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ P425_1D HOSPITAL PRIVADO.....3 P425_1E CESAMO.....4 P425_1F CESAR.....5 P425_1G PARTERA.....6 P425_1H CLÍNICA MI DE LA SS.....7 P425_1I OTRO.....8 (Especifique) NS/NR.....9	HOSPITAL DE LA SS.....1 HOSPITAL DEL IHSS.....2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO.....3 CESAMO.....4 CESAR.....5 PARTERA.....6 CLÍNICA MI DE LA SS.....7 OTRO.....8 (Especifique) NS/NR.....9	HOSPITAL DE LA SS.....1 HOSPITAL DEL IHSS.....2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO.....3 CESAMO.....4 CESAR.....5 PARTERA.....6 CLÍNICA MI DE LA SS.....7 OTRO.....8 (Especifique) NS/NR.....9	HOSPITAL DE LA SS.....1 HOSPITAL DEL IHSS.....2 MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S/ HOSPITAL PRIVADO.....3 CESAMO.....4 CESAR.....5 PARTERA.....6 CLÍNICA MI DE LA SS.....7 OTRO.....8 (Especifique) NS/NR.....9	HOSPITAL DE LA SS..... P425_5A HOSPITAL DEL IHSS..... P425_5B MÉDICO/CLÍNICA/ONG'S..... P425_5C /HOSPITAL PRIVADO..... P425_5D CESAMO..... P425_5E CESAR..... P425_5F PARTERA..... P425_5G CLÍNICA MI DE LA SS..... P425_5H OTRO..... P425_5I (Especifique) NS/NR.....
426 En total, ¿Cuántos controles tuvo?	Nº DE CONTROLES..... NO RECUERDA.....98 P422_1	Nº DE CONTROLES..... NO RECUERDA.....98 P422_2	Nº DE CONTROLES..... NO RECUERDA.....98 P422_3	Nº DE CONTROLES..... NO RECUERDA.....98 P422_4	Nº DE CONTROLES..... NO RECUERDA.....98 P422_4
427 ¿Cuántos meses de embarazo tenía ¿Cuándo le hicieron el primer control?	MESES..... NO RECUERDA 98 P427_1	MESES..... NO RECUERDA 98 P427_2	MESES..... NO RECUERDA 98 P427_3	MESES..... NO RECUERDA 98 P427_4	MESES..... NO RECUERDA 98 P427_4

PREGUNTAS	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
428 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)?	P428_1 HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO.. 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... (Especifique) 88 431 NO RECUERDA..... 98 431	P428_2 HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	P428_3 HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	P428_4 HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431	P428_5 HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL, CLÍNICA, ONG'S, MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAR O CESAMO..... 4 CLÍNICA MI DE LA SS..... 5 EN CASA, CON PARTERA... 6 431 EN CASA, CON MEDICO O ENFERMERA..... 7 431 EN CASA, SOLA..... 8 431 OTRO..... 88 431 (Especifique) NO RECUERDA..... 98 431
429 ¿El parto de (NOMBRE) fue vaginal (normal) o por cesárea?	VAGINAL.....1 P429_1 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 P429_2 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 P429_3 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 P429_4 PASE A 431 CESÁREA.....2	VAGINAL.....1 P429_1 PASE A 431 CESÁREA.....2
430 ¿La cesárea fue programada o de emergencia?	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2 P430_1	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2 P430_2	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2 P430_3	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2 P430_4	PROGRAMADA.....1 DE EMERGENCIA.....2 P430_5
431 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue a tiempo o prematuro (sietemesino)?	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433 P431_1	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433 P431_2	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433 P431_3	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433 P431_4	A TIEMPO.....1 433 PREMATURO.....2 NO SABE.....9 433 P431_5
432 ¿Cuántas semanas antes de lo esperado nació (NOMBRE)?	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98 P432_1	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98 P432_2	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98 P432_3	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98 P432_4	SEMANAS..... NO RECUERDA.....98 P432_5
433 ¿Le pesaron (NOMBRE) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO P433_1	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO P433_2	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO P433_3	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO P433_4	SI.....1 NO.....2 SIG.NIÑO P433_5
434 ¿Cuánto pesó?	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO P434_1	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO P434_2	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO P434_3	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO P434_4	1. Libras Onzas 2. Kg Gramos 99.999.....NS/NR PASE A SIG NIÑO P434_5

CUADRO PARA SELECCIÓN DEL NIÑO A INVESTIGAR					
PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DEL CUESTIONARIO	NÚMERO DE NIÑOS LISTADOS (VEA 421)				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
435	A. NÚMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: <input type="checkbox"/> P435NRO B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: _____ C. ¿ESTÁ VIVO? SI.....1 NO.....2 P435VIV		
436	¿Cuándo se embarazó con (NOMBRE) estaba usando un método para evitar quedar embarazada? P436USO	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9	438 438
437	¿Cuál método estaba usando? P437MET	PASTILLAS..... 1 DIU(DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 MELA..... 12 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 13 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
438	¿Después del parto de (NOMBRE) , usó usted o su pareja algún método para evitar embarazarse de nuevo?	SI.....1 NO.....2 <input checked="" type="radio"/> P438USO	441
439	¿Cuál método uso? P439MET	PASTILLAS..... 1 DIU(DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 MELA..... 12 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 13 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
440	¿Cuánto tiempo después del parto comenzó a usar este método? P440TIE	EL MISMO DÍA DEL PARTO..... 000 DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	
441	Hablando de (NOMBRE) , ¿Tuvo Ud. algún control después del parto? P441CON	SI..... 1 NO..... 2 <input checked="" type="radio"/>	445
442	¿Cuánto tiempo después del parto de (NOMBRE) tuvo Ud. su primer control? P442CON	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	
443	¿Dónde se hizo ese control posparto? P443DON	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 ASHONPLAFA..... 6 HOSPITAL/CLÍNICA DE ONG..... 7 PARTERA..... 8 PARTERA Y CENTRO DE SALUD..... 9 CLÍNICA MI DE LA SS..... 10 OTRO..... 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
444	¿Durante este control, le ofrecieron un método de planificación familiar? P444MET	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	
445	¿Después de nacer (NOMBRE) , lo/la llevó al médico, hospital, enfermera o centro de salud para un control de recién nacido? P445CON	SI.....1 NO.....2 <input checked="" type="radio"/> NO RECUERDA.....9 <input checked="" type="radio"/>	449 449
446	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo llevó al médico, hospital o centro por primera vez? P446TIE	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 NO RECUERDA..... 998	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
447	¿Por qué lo llevó? (LEA LAS RESPUESTAS Y MARQUE TODO LO QUE RESPONDA)	a. Estaba enfermo..... 1 b. Para control de crecimiento..... 2 c. Vacunas..... 3 d. Otro..... 8 e. No recuerda..... 9	P447A P447B P447C P447D P447E
448	¿Durante este control, le ofrecieron a usted un método de planificación familiar? P448CON	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	
449	¿Estuvo el niño hospitalizado en los primeros 15 días después de que nació? P449HOS	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.....9	451 451
450	¿Por qué tuvieron que hospitalizarle? P4450RAZ	SE PUSO AMARILLO..... 1 PRESENTABA FIEBRE/INFECCIÓN 2 CONVULSIONES/ATAQUE3 SE PUSO RÍGIDO/TIESO..... 4 BAJO DE PESO/PREMATURO..... 5 PROBLEMAS RESPIRATORIOS 6 PROBLEMA DE CORAZÓN 7 TRAUMA DEL PARTO..... 8 MALFORMACIÓN CONGÉNITA.....9 OTRO88 (Especifique)	
451	ENCUESTADORA: VEA 435C: ¿ESTÁ VIVO (NOMBRE)? P451F	SI.....1 NO.....2	501
452	¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente? P452VIV	SI.....1 NO.....2	501
453	¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en los últimos quince días, incluyendo este día? P453DIA	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	468 468
454	¿Cuántos días ha tenido/tuvo la diarrea? P454TIE	DÍAS <input type="text"/> COMENZÓ HOY.....00 NO SABE/NO RECUERDA.....98	
455	¿Cuántos asientos líquidos hace/hacía en un período de 24 horas? P455NRO	No. DE ASIENTOS <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA.....98	
456	Durante la diarrea, ¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o dolencias? (LÉALE UNO A UNO Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	a. Adormecido o inconsciente..... b. Intranquilo o irritable..... c. Tomó líquidos con dificultad d. Moco en las heces e. Sangre en las heces..... f. Piel reseca y/o arrugada..... g. Ojos hundidos y sin lagrimas..... h. Mollera hundida (menores de 1 año) i. Labios secos j. Vómitos /vasca..... k. Fiebre alta (>38.5 0 c) l. No orinaba m. Sed intensa..... n. Ninguno.....	P456A 1 P456B2 P456C3 P456D4 P456E5 P456F6 P456G7 P456H8 P456I9 P456J10 P456K11 P456L12 P456M13 P456N14

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
457	¿Le dio algo para esa diarrea?	SI.....1 NO.....2	460
458	¿Qué le dio? (NO LEER Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PASTILLAS..... 1 JARABES 2 INYECCIONES 3 PURGANTES/DESPARASITANTES 4 SOBADA..... 5 TE/PLANTAS MEDICINALES 6 ANTIBIÓTICOS..... 7 ANTIDIARREICOS..... 8 TRATAMIENTO ENDOVENOSO (Sueros)..... 9 LITROSOL 10 SUERO ORAL 11 SUERO VITAMINADO 12 NINGUNO..... 13 OTRO 88 (Especifique)	P458A P458B P458C P458D P458E P458F P458G P458H P458I P458J P458K P458L P458M P458N
459	¿Qué le dio primero? P459DIO	PASTILLAS.....1 JARABES2 INYECCIONES3 PURGANTES/DESPARASITANTES4 SOBADA.....5 TE/PLANTAS MEDICINALES6 ANTIBIÓTICOS.....7 ANTIDIARREICOS.....8 TRATAMIENTO ENDOVENOSO (Sueros)9 LITROSOL.....10 SUERO ORAL11 SUERO VITAMINADO12 OTRO88 (Especifique)	
460	Durante esa diarrea, ¿Ud. le dio de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente? P460LIQ	MÁS LÍQUIDOS 1 MENOS LÍQUIDOS 2 MISMA CANTIDAD 3 NO RECUERDA 9	
461	Durante la diarrea, ¿Le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da? P461DIE	AUMENTÓ..... 1 DISMINUYÓ 2 MANTUVO IGUAL 3 SUSPENDIÓ SÓLIDOS 4 TODAVÍA NO COME 5 NO RECUERDA 9	
462	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta diarrea de (NOMBRE) ? P462CON	SI..... 1 NO 2	465

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
463	¿Dónde o a quién consultó? P463CON	HOSPITALES DE LA SS..... 1 HOSPITALES DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 PARTERA..... 6 MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL..... 7 CLÍNICA MI DE LA SS..... 8 GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD..... 9 FAMILIARES(MAMÁ, HERMANO, SUEGRA).. 10 SOBADORA..... 11 FARMACIA..... 12 VECINA..... 13 OTRO 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
464	¿Tuvo que hospitalizarlo? P464HOSP	SI.....1 NO.....2	
465	ENCUESTADORA: VEA EN PREGUNTA 458 SI EL NIÑO RECIBIÓ LITROSOL	RECIBIÓ.....1 NO RECIBIÓ.....2 P465F	467
466	¿Por qué no le dio LITROSOL? (ANOTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA) P466LIT	NO TENÍA LITROSOL/SE ME TERMINÓ..... 1 NO SABÍA QUE ERA BUENO..... 2 NO LE TIENE FE/NO CURA/NO SIRVE..... 3 NO ME LO RECETARON..... 4 NO LE GUSTA AL NIÑO5 LE DI OTRA CLASE DE MEDICINA..... 6 NO DISPONIBLE EN CENTRO DE SALUD..... 7 NO FUE GRAVE LA DIARREA/ NO DESHIDRATADO..... 8 LE DIÓ OTRO TIPO DE SUERO..... 9 NO CONOCE LITROSOL..... 10 OTRO 88 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA..... 98	TODOS PASAN A 468
467	¿Dónde consiguió LITROSOL? P467LIT	VOLUNTARIO COMUNITARIO 1 CESAR/CESAMO/HOSPITAL DE LA SS 2 HOSPITAL DEL IHSS 3 FARMACIA 4 PULPERÍA 5 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 6 OTRO 8 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 9	
468	¿Ha tenido tos o dificultad para respirar (NOMBRE) en los últimos 15 días, incluyendo este día?	SI.....1 NO.....2 P468TOS	475
469	¿En los últimos 15 días su niño (NOMBRE) ha tenido...? (LÉALE UNA A UNA Y MARQUE LAS QUE MENCIONA)	a. Respiración más rápida que lo normal (cansado)..... 1 b. Se le hundía el pecho al respirar (tiraje)..... 2 c. Color azul o morado de labios y dedos (cianosis).... 3 d. Respiración difícil..... 4 e. Fiebre alta (calentura)..... 5 f. Tapazón de nariz o catarro..... 6 g. Tos..... 7 h. Dolor de garganta/dificultad para tragar..... 8 i. Dolor de oído..... 9 j. Supuración de oído (pus)..... 10 k. Ninguno..... 11	P469A P469B P469C P469D P469E P469F P469G P469H P469I P469J P469K

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
470	¿Le dio algo para tratarle la enfermedad? P470TRAT	SI.....1 NO.....2	472
471	¿Qué tratamiento recibió el niño? (NO LEER Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	LE DIO ANTIBIÓTICOS..... 1 LE DIO ASPIRINA/ANTIFEBRILES..... 2 ANTIGRIPALES/EXPECTORANTES MUCOLÍTICOS..... 3 LE BAJO LA FIEBRE CON PAÑOS HÚMEDOS..... 4 REMEDIOS CASEROS..... 5 BRONCODILATADOR (AYUDA PARA LA RESPIRACIÓN)..... 6 LE PUSO AGUA DE MANZANILLA EN LA NARIZ..... 7 LE DIO MAS AGUA QUE DE COSTUMBRE..... 8 NINGUNO..... 9 OTRO..... 88 (Especifique)	P471A P471B P471C P471D P471E P471F P471G P471H P471I P471J
472	¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad de (NOMBRE) ? P472CON	SI.....1 NO.....2	475
473	¿Dónde consultó? P473DON	HOSPITALES DE LA SS..... 1 HOSPITALES DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CLÍNICA MI DE LA SS..... 4 CESAMO..... 5 CESAR..... 6 PARTERA..... 7 MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL..... 8 GUARDIÁN/VOLUNTARIO DE SALUD..... 9 FARMACIA..... 10 CLÍNICA, DE ONG..... 11 FAMILIARES..... 12 BRIGADA MÉDICA..... 13 OTRO..... 88 (Especifique) NO RECUERDA..... 98	
474	¿Tuvo que hospitalizarlo? P474HOS	SI.....1 NO.....2	
475	¿Tiene Ud. la tarjeta de Atención Integral a la Niñez o el Carnet de Vacunación de (NOMBRE) ? Me lo podría mostrar? P475CAR	SI Y LO MOSTRÓ.....1 SI Y NO LO MOSTRÓ.....2 NO TIENE.....3	478 478
476	ENCUESTADORA: OBSERVE LA INFORMACIÓN DE LA TARJETA SI HAY O NO ANOTACIONES DE:	SI NO CARNET NO TIENE PESO AL NACER..... 1 2 3 TALLA..... 1 2 3 PERÍMETRO CEFÁLICO..... 1 2 3 PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO..... 1 2 3 ↳¿Cuántos? L L L L P476A P476B P476C P476D P476DA	
477	¿Está trazada la curva? P477CUR	SI.....1 NO.....2	

478		ENCUESTADORA: REGISTRE LA INFORMACIÓN PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTÉ REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: ¿Le han puesto la (vacuna / dosis) a (nombre)? SI NO MOSTRÓ CARNET, MARQUE CÓDIGO 2 PARA CADA DOSIS EN 478A Y PREGUNTE 478B A LA MADRE PARA TODAS LAS DOSIS.												
		A. SEGÚN CARNET TIENE DOSIS SI NO DÍA MES AÑO				B. SEGÚN MADRE ¿LE HAN PUESTO LA VACUNA? SI NO NS/NR								
	BCG	<input type="text"/> BCGCAR	<input type="text"/> BCGDIA	<input type="text"/> BCGMES	<input type="text"/> BCGANO								<input type="text"/> BCGMAM	
	POLIO (SABIN)- RN	<input type="text"/> POLRNCAR	<input type="text"/> POLRNDIA	<input type="text"/> POLRNMES	<input type="text"/> POLRNANO								<input type="text"/> POLRNMAM	
	POLIO (SABIN)- 1	<input type="text"/> POL1CAR	<input type="text"/> POL1DIA	<input type="text"/> POL1MES	<input type="text"/> POL1ANO								<input type="text"/> POL1MAM	
	POLIO (SABIN)- 2	<input type="text"/> POL2CAR	<input type="text"/> POL2DIA	<input type="text"/> POL2MES	<input type="text"/> POL2ANO								<input type="text"/> POL2MAM	
	POLIO (SABIN)- 3	<input type="text"/> POL3CAR	<input type="text"/> POL3DIA	<input type="text"/> POL3MES	<input type="text"/> POL3ANO								<input type="text"/> POL3MAM	
	DPT - 1	<input type="text"/> DPT1CAR	<input type="text"/> DPT1DIA	<input type="text"/> DPT1MES	<input type="text"/> DPT1ANO								<input type="text"/> DPT1MAM	
	DPT - 2	<input type="text"/> DPT2CAR	<input type="text"/> DPT2DIA	<input type="text"/> DPT2MES	<input type="text"/> DPT2ANO								<input type="text"/> DPT2MAM	
	DPT - 3	<input type="text"/> DPT3CAR	<input type="text"/> DPT3DIA	<input type="text"/> DPT3MES	<input type="text"/> DPT3ANO								<input type="text"/> DPT3MAM	
	DPT (REFUERZO)	<input type="text"/> DPTRCAR	<input type="text"/> DPTRDIA	<input type="text"/> DPTRMES	<input type="text"/> DPTRANO								<input type="text"/> DPTRMAM	
	SRP (SARAMPIÓN)	<input type="text"/> SARCAR	<input type="text"/> SARDIA	<input type="text"/> SARMES	<input type="text"/> SARANO								<input type="text"/> SARMAM	
	HIB - 1	<input type="text"/> HIB1CAR	<input type="text"/> HIB1DIA	<input type="text"/> HIB1MES	<input type="text"/> HIB1ANO								<input type="text"/> HIB1MAM	
	HIB - 2	<input type="text"/> HIB2CAR	<input type="text"/> HIB2DIA	<input type="text"/> HIB2MES	<input type="text"/> HIB2ANO								<input type="text"/> HIB2MAM	
	HIB - 3	<input type="text"/> HIB3CAR	<input type="text"/> HIB3DIA	<input type="text"/> HIB3MES	<input type="text"/> HIB3ANO								<input type="text"/> HIB3MAM	
	PENTAVALENTE -1	<input type="text"/> PENT1CAR	<input type="text"/> PENT1DIA	<input type="text"/> PENT1MES	<input type="text"/> PENT1ANO								<input type="text"/> PENT1MAM	
	PENTAVALENTE -2	<input type="text"/> PENT2CAR	<input type="text"/> PENT2DIA	<input type="text"/> PENT2MES	<input type="text"/> PENT2ANO								<input type="text"/> PENT2MAM	
	PENTAVALENTE -3	<input type="text"/> PENT3CAR	<input type="text"/> PENT3DIA	<input type="text"/> PENT3MES	<input type="text"/> PENT3ANO								<input type="text"/> PENT3MAM	
479	ENCUESTADORA: ¿MOSTRÓ CARNET? <input type="text"/> P479CAR					SI.....1	NO.....2						501	
480	ENCUESTADORA: REVISE EN EL CARNET SI TIENE ANOTADA LA APLICACIÓN DE VITAMINA "A" <input type="text"/> P480F					SI.....1	NO.....2						483	
481	¿Cuántas veces tiene anotado la vitamina "A" <input type="text"/> P481VEC					DOSIS DE VITAMINA "A"..... <input type="text"/> veces								
482	ENCUESTADORA: REGISTRE DEL CARNET EL MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA DOSIS DE VITAMINA A <input type="text"/> P482MES MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> P482ANO													
483	ENCUESTADORA: REVISE EN EL CARNET SI TIENE ANOTADA LA ENTREGA DE HIERRO					SI.....1	NO.....2						<input type="text"/> P483F	501
484	¿Cuántas veces tiene anotado la entrega de hierro? <input type="text"/> P484VEC					ENTREGAS DE HIERRO..... <input type="text"/> veces								
485	ENCUESTADORA: REGISTRE DEL CARNET EL MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA DOSIS DE HIERRO <input type="text"/> P485MES MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> P485ANO													

V. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada

MÉTODO	501 ¿Ha oído hablar de		502 ¿Alguna vez ha usado.....		503 ¿Lo ha usado en los últimos 30 días?		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
A...píldoras o pastillas anticonceptivas?	1	2 P501PIL	1	2 P502PIL	1	2 P503PIL	
B...el DIU (dispositivo)?	1	2 P501DIU	1	2 P502DIU	1	2 P503DIU	
C...el condón o preservativo?	1	2 P501CON	1	2 P502CON	1	2 P503CON	
D...la inyección anticonceptiva?	1	2 P501INY	1	2 P502INY	1	2 P503INY	
E...los métodos vaginales..(jaleas/espumas/diafragma/cremas/óvulos/ tabletas)?	1	2 P501VAG	1	2 P502VAG	1	2 P503VAG	
F...la esterilización femenina u operación?	1	2 P501FEM	1	2 P502FEM	1	2 P503FEM	
G...la operación masculina o vasectomía?	1	2 P501MAS	1	2 P502MAS	1	2 P503MAS	
H...NORPLANT (implante en el brazo)?	1	2 P501NOR	1	2 P502NOR	1	2 P503NOR	
I... el ritmo o del calendario (cuando una pareja evita las relaciones sexuales en los días que puede ocurrir un embarazo)?	1	2 P501RIT	1	2 P502RIT	1	2 P503RIT	
J...el método del retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar. "Escupir afuera")?	1	2 P501RET	1	2 P502RET	1	2 P503RET	
K...el método Billings (moco cervical)?	1	2 P501BIL	1	2 P502BIL	1	2 P503BIL	
L...las pastillas anticonceptivas de emergencia (las pastillas anticonceptivas, que se toman en dosis elevadas dentro de las 72 horas después de haber tenido una relación sexual no protegida)?	1	2 P501EME	1	2 P502EME			
504	ENCUESTADORA, VEA PREGUNTAS 502 Y 503 Y CLASIFIQUE A LA ENCUESTADA: NUNCA USÓ: LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS.....1 ➡ USUARIA ANTERIOR: HA USADO MÉTODOS PERO NO ACTUALMENTE..... 2 USUARIA ACTUAL: ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE..... 3 ➡					509	P504F
						518	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
505	¿Cuál fue el último método anticonceptivo que usó usted o su pareja? P505UMET	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
506	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó en su vida? P5061MET	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
507	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método? P507EDAD	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
508	Cuándo Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía? P508HIJO	Nº DE HIJOS VIVOS..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
509	ENCUESTADORA: VEA EN 300 SI ESTÁ EMBARAZADA P509F	EMBARAZADA..... 1 NO EMBARAZADA..... 2 NO SABE..... 9	514
510	¿Podría quedar embarazada si quisiera? P510EMB	SI..... 1 NO 2 NO SABE..... 9	512 512
511	¿Por qué cree que no podría quedar embarazada? Dígame la razón principal. P511NEMB	MENOPAUSIA 1 HISTERECTOMÍA (SIN MATRIZ) 2 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE ESTÁ QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADOS 3 YA PASARON 2 AÑOS O MÁS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA 4 ELLA/ÉL ES ESTÉRIL 5 SIN VIDA SEXUAL ACTIVA..... 6 ESTÁ AMAMANTANDO/POSPARTO..... 7 OTRA 8 (Especifique) NO SABE..... 9	540 540 540 540 540 514 514

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
516	¿A dónde iría Ud. para obtener o hacerse del método? P516LUG	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR..... 5 PARTERA..... 6 FARMACIA..... 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS..... 8 PULPERIA/SUPERMERCADO..... 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 10 CONSEJERA COMUNITARIA/ PUESTO DE ASHONPLAFA..... 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 LA IGLESIA..... 14 ← 540 FAMILIARES/AMIGOS/VECINOS..... 15 ← 540 PERIÓDICO/REVISTAS..... 16 ← 540 LIBROS/FOLLETOS..... 17 ← 540 RADIO/TELEVISIÓN..... 18 ← 540 OTRO..... 88 ← 540 (Especifique) NO SABE..... 98 ← 540	
517	¿Cuánto tiempo tarda Ud. para llegar desde aquí a ese lugar, por el medio de transporte que usualmente usa? P517TIE	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
ENCUESTADORA: PASE A 540			
518	ENCUESTADORA: VEA 503 Y SI ESTÁ USANDO MÁS DE UN MÉTODO, MARQUE EL MÁS EFECTIVO. ORDEN DE EFECTIVIDAD 1. Est. Femenina 6. DIU 2. Est. Masculina 7. Condón 3. Inyección 8. Vaginales 4. Norplant 9. Ritmo 5. Pastillas 10. Retiro 11. Billings P518F	PASTILLAS..... 1 ← 523 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 ← 523 CONDÓN..... 3 ← 523 INYECCIÓN..... 4 ← 523 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ← 523 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 ← 523 NORPLANT..... 8 ← 523 RITMO..... 9 ← 525 RETIRO..... 10 ← 525 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 ← 525	
519	¿En qué mes y año la operaron? P519MES P519ANO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 9898	
520	¿La operación fue hecha mientras estaba hospitalizada para un parto o pérdida o fue en otro momento? P520OPER	HOSPITALIZADA PARA PARTO O PÉRDIDA.....1 EN OTRO MOMENTO.....2	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
521	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización ? P521LUG	ESTABLECIMIENTO DE LA SS 1 ESTABLECIMIENTO DEL IHSS 2 ESTABLECIMIENTO DE ASHONPLAFA 3 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO 4 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG 5 EN EL EXTRANJERO 8 OTRO LUGAR _____ 88 (Especifique) NO RECUERDA 98	
522	¿Cuánto pagó por la operación? P522PAG	PAGÓ..... L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGÓ NADA.....0000 NO RECUERDA.....9999	
ENCUESTADORA: PASE A 527			
523	¿Dónde consigue (consiguió) Ud. o su compañero el método anticonceptivo que usa? P523DON	HOSPITAL DE LA SS 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO 3 CESAMO 4 CESAR 5 PARTERA 6 FARMACIA 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique) NO SABE 98	525
524	¿Cuánto tiempo tarda (tardó) Ud. para llegar desde aquí a ese lugar, por el medio de transporte que usualmente usa? P524TIE	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998	
525	Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro? P525OMET	PREFERIRÍA OTRO..... 1 EL MISMO..... 2 NO SABE..... 9	527 527
526	¿Cuál método preferiría usar Ud.? P526MET	PASTILLAS 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN 4 MÉTODOS VAGINALES 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT 8 RITMO 9 RETIRO 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 OTRO _____ 88 (Especifique) NO SABE..... 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
532	¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente? (TÓMELO DEL PAQUETE SI FUE MOSTRADO) <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">P532PAS</div>	NO CONOCE LA MARCA..... 1 NORDETTE..... 2 MICROGYNON..... 3 NUEVA PERLA..... 4 LOFEMENAL..... 5 TRIQUILAR..... 6 NEOGYNON..... 7 EUGYNON..... 8 OVRAL..... 9 NORDIOL..... 10 MINULETH..... 11 HARMONET..... 12 DENOVAL..... 13 CILEST..... 14 TRINORDIOL..... 15 DIANE 35..... 16 GYNOVIN..... 17 OTRO..... 98 (Especifique)	
533	¿Cuánto paga por cada paquete? <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">P533PAG</div>	PAGA..... L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGA NADA.....000 NO RECUERDA.....998	
534	¿Qué se debe hacer para seguir protegida si un día se le olvida tomar la pastilla? <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">P534PRO</div>	TOMAR DOS PASTILLAS AL DIA SIGUIENTE Y CONTINUAR LUEGO NORMALMENTE 1 OTRO..... 8 (Especifique) NO SABE 9	
ENCUESTADORA: PASE A 540			
535	¿En qué momento le pusieron el DIU? (LEER) <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">P535DIU</div>	a. Inmediatamente después del parto Vaginal (antes de salir del hospital) 1 b. Inmediatamente después de un aborto o legrado (antes de salir del hospital)..... 2 c. Durante una cesárea 3 d. Después del parto/aborto 4 ¿cuántos días después?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. En otro momento 5	
536	¿Cuánto pagó para que le insertaran el DIU? <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">P536DIAS</div>	PAGÓ.....L. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGÓ NADA.....0000 NO SABE/NO RECUERDA.....9898	540 540
ENCUESTADORA: PASE A 540			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
537	¿Cuál es la marca de inyección que usted usa actualmente? <div style="text-align: center;">P537MAR</div>	CICLOFEMINA1 DEPOPROVERA.....2 DEPROXONE.....3 MESIGYNA4 NORMAGEST5 NORISTERAT6 NOVULAR.....7 TOPASEL.....8 YECTAMES.....9 OTRA88 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA.....98	
538	¿Cuánto paga por la inyección? <div style="text-align: center;">P538INY</div>	PAGA..... L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PAGA NADA.....000 NO SABE/NO RECUERDA.....999	
539	Antes de usar (NOMBRE DEL INYECTABLE) ¿Qué método anticonceptivo estaba usando? <div style="text-align: center;">P539QUE</div>	NINGUNO 0 PASTILLAS 1 DIU 2 CONDÓN 3 MÉTODOS VAGINALES..... 4 NORPLANT..... 5 RITMO 6 RETIRO..... 7 MÉTODO BILLINGS..... 8 EMERGENCIA..... 9	
540	ENCUESTADORA: VEA 501L <div style="text-align: center;">P540F</div>	NO CONOCE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA.....1 CONOCE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA.....2	600
541	Me informó que Ud. conoce las pastillas de emergencia. ¿De dónde obtuvo información sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MEDICO PRIVADO..... 3 CESAMO..... 4 CESAR 5 PARTERA 6 FARMACIA..... 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO..... 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG..... 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 AMIGOS (AS)..... 14 FAMILIARES..... 15 RADIO/TV..... 16 FOLLETOS..... 17 REVISTAS..... 18 OTRO 88 (Especifique) NO SABE..... 98	P541A P541B P541C P541D P541E P541F P541G P541H P541I P541J P541K P541L P541M P541N P541O P541P P541RQ P541R P541S P541T

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
547	La última vez que usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Dónde las obtuvo? <div style="text-align: center;">P547DON</div>	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 HOSPITAL/CLÍNICA/MÉDICO PRIVADO..... 3 CESAMO 4 CESAR 5 PARTERA..... 6 FARMACIA 7 PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS 8 PULPERÍA/SUPERMERCADO 9 CLÍNICA DE ASHONPLAFA 10 CONSEJERA COMUNITARIA O PUESTO DE ASHONPLAFA..... 11 CLÍNICA/PUESTO DE ONG 12 CLÍNICA MI DE LA SS..... 13 OTRO 88 (Especifique) NO SABE..... 98	
548	La última vez que usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Con quién tuvo la relación sexual? <div style="text-align: center;">P548REL</div>	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 EX – ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 PROMETIDO..... 3 NOVIO..... 4 AMIGO..... 5 RECIÉN CONOCIDO..... 6 CLIENTE..... 7 OTRO..... 8 NO RESPONDE..... 9	
549	¿Qué edad tenía entonces esa persona? <div style="text-align: center;">P549EDA</div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 98. NO SABE/NO RECUERDA 99. NO RESPONDE	
550	¿Y cuántos años tenía Ud. cuando usó las pastillas anticonceptivas de emergencia la última vez? <div style="text-align: center;">P550EDA</div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 98. NO SABE/NO RECUERDA 99. NO RESPONDE	
551	La última vez que Ud. usó las pastillas anticonceptivas de emergencia, ¿Le funcionó para prevenir el embarazo? <div style="text-align: center;">P551PRE</div>	SI..... 1 NO..... 2 TODAVÍA NO SABE..... 3	

VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS/INTERÉS EN ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
600	ENCUESTADORA: VEA 317d PARA AVERIGUAR SI TIENE HIJOS VIVOS ¿TIENE HIJOS VIVOS? P600F	SI..... 1 <input type="radio"/> NO..... 2 <input type="radio"/>	601 A 601 B
601	A. TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? B. NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) P601ID Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?	NÚMERO <input type="text"/> LOS QUE DIOS MANDE 77 NO SABE..... 98	
602	ENCUESTADORA: VEA 503 P602F	ESTERILIZADA..... 1 <input type="radio"/> NO ESTERILIZADA..... 2	700
603	¿Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener más hijos? (SI LA MUJER ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA, PREGUNTE: después de este embarazo). P603DES	TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 NO TENER OTRO HIJO..... 2 <input type="radio"/> NO SABE..... 9	606
604	ENCUESTADORA: VEA 300: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo? EMBARAZADA P604TIE <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?	MESES 1 AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 777 OTRO..... 888 (Especifique) NO SABE..... 998	
605	¿Estaría usted interesada en operarse en el futuro para no tener más hijos? P605OPER	SI..... 1 <input type="radio"/> NO..... 2 <input type="radio"/> NO SABE 9 <input type="radio"/>	608 609 609
606	¿Está Ud. actualmente interesada en operarse para no tener (más) hijos? P606OPER	SI..... 1 NO..... 2 <input type="radio"/>	609

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
607	¿Por qué no ha ido a operarse? <div style="text-align: center;">P607OPER</div>	MENOPAUSIA 1 MIEDO A LA OPERACIÓN 2 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 3 INTENCIÓN DE HACERLA EN EL POSTPARTO 4 NO TIENE QUIEN LE CUIDE LOS NIÑOS 5 COMPAÑERO SE OPONE 6 COSTO MUY ELEVADO 7 BARRERAS INSTITUCIONALES 8 NO TIENE TIEMPO 9 RAZONES RELIGIOSAS 10 CERCA DE LA MENOPAUSIA 11 PREFIERE MÉTODOS TEMPORALES 12 SIN VIDA SEXUAL 13 ES TODAVÍA MUY JOVEN 14 NUNCA PENSÓ EN ELLO 15 NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO 16 TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS 17 RAZONES DE SALUD 18 NIÑO TODAVÍA ESTA MUY TIERNO 19 DESCUIDO 20 ELLA/ÉL ESTÉRIL 21 OTRO 88 (Especifique) NO SABE 98 NO RESPONDE 99	
608	¿Dónde le gustaría operarse? <div style="text-align: center;">P608OPER</div>	HOSPITAL DE LA SS 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 3 CLÍNICA ASHONPLAFA 4 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG 5 OTRO 8 (Especifique) NO SABE 9	

ENCUESTADORA: PASE A 700

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
609	<p>¿Por qué no estaría Ud. interesada en operarse?</p> <p style="text-align: center;">P609RAZ</p>	<p>MENOPAUSIA1</p> <p>MIEDO A LA OPERACIÓN2</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES3</p> <p>INTENCIÓN DE HACERLA EN EL POSTPARTO.....4</p> <p>NO TIENE QUIEN LE CUIDE LOS NIÑOS5</p> <p>COMPAÑERO SE OPONE6</p> <p>COSTO MUY ELEVADO.....7</p> <p>BARRERAS INSTITUCIONALES8</p> <p>NO TIENE TIEMPO9</p> <p>RAZONES RELIGIOSAS10</p> <p>CERCA DE LA MENOPAUSIA11</p> <p>PREFIERE MÉTODOS TEMPORALES.....12</p> <p>SIN VIDA SEXUAL13</p> <p>ES TODAVÍA MUY JOVEN14</p> <p>NUNCA PENSÓ EN ELLO15</p> <p>NECESITA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE MÉTODO.....16</p> <p>TIENE MIEDO DE ARREPENTIRSE DESPUÉS17</p> <p>RAZONES DE SALUD18</p> <p>NIÑO TODAVÍA ESTÁ MUY TIERNO19</p> <p>DESCUIDO20</p> <p>ELLA/ÉL ESTÉRIL21</p> <p>OTRO88</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO SABE98</p> <p>NO RESPONDE99</p>	

VII. ADULTAS JÓVENES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
700	ENCUESTADORA: MARQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA EDAD DE LA MUJER QUE ESTÁ ENTREVISTANDO : VEA 201 P700F	MUJER DE 15 A 24 AÑOS.....1 MUJER DE 25 A 49 AÑOS.....2 ←	800
701	¿Ha asistido a charlas o cursos sobre educación sexual? P701CUR	SI..... 1 NO..... 2 ← NO RESPONDE..... 9 ←	704 704
702	¿Qué temas recibió en esos cursos o charlas? (LEA LAS ALTERNATIVAS Y MARQUE LAS QUE LA ENTREVISTADA MENCIONA)	a. Cambios físicos del cuerpo..... 1 P702A b. Aparato reproductor femenino..... 2 P702B c. Aparato reproductor masculino..... 3 P702C d. Menstruación o regla..... 4 P702D e. Embarazo y parto..... 5 P702E f. Relaciones sexuales..... 6 P702F g. E.T.S..... 7 P702G h. Métodos anticonceptivos..... 8 P702H i. El SIDA..... 9 P702I j. Homosexualidad..... 10 P702J k. Prostitución..... 11 P702K l. Lactancia materna..... 12 P702L m. Ninguno..... 13 P702M	
703	¿En qué nivel y grado estaba cuando recibió la primera charla o lección?	P703NIV NIVEL P703GRA GRADO NINGUNO..... 0 0 PRIMARIO.....1 1 2 3 4 5 6 SECUNDARIO.....2 1 2 3 4 5 6 SUPERIOR.....3 1 2 3 4 5 6+ ALFABETIZACIÓN.....4 1 2 3 4 NO RECUERDA..... 9 9	
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas personales y muy íntimas que son de mucha importancia para nuestro estudio. Me gustaría recordarle que la información que nos proporcione es confidencial.			
704	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? P704MES P704ANO	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO..... 222222 ← NO RECUERDA.....989898 NO RESPONDE.....999999	730
705	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? P705EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 NO RESPONDE..... 99 ←	717

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
706	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo la primera relación sexual? P706EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 98	
707	¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento? P707REL	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 NOVIO/ENAMORADO..... 2 AMIGO 3 FAMILIAR..... 4 EXTRAÑO/RECIÉN CONOCIDO... 5 VIOLACIÓN..... 6 OTRO 8 (Especifique) NO RECUERDA/NO RESPONDE... 9	712
708	¿Usó Ud. o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual? P708MET	SI.....1 NO.....2	710
709	¿Por qué no hicieron algo o no usaron un método para evitar tener hijos en esa primera relación? P709NMET	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO..... 1 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO..... 2 LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN DAÑO A LA SALUD..... 3 QUERÍA TENER UN HIJO..... 4 RELACIONES NO SATISFACTORIAS CON ANTICONCEPTIVOS..... 5 QUERÍA USAR PERO NO CONSIGUIÓ..... 6 OPOSICIÓN DE LA PAREJA..... 7 PENSABA QUE NO PODÍA EMBARAZARSE..... 8 NO TENIA DINERO..... 9 LE DABA VERGÜENZA COMPRARLO..... 10 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA..... 11 FUE VIOLADA..... 12 NO QUERÍA USAR/NO LE GUSTABA..... 13 ERA LA PRIMERA VEZ..... 14 NO PENSARON EN ESO/DESCUIDO..... 15 NO SABE..... 98	
ENCUESTADORA: PASE A 712			
710	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la primera relación sexual? P710PMET	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO RECUERDA..... 98	
711	¿Quién decidió usar el método en la primera relación? P711USO	USTED..... 1 SU PAREJA 2 LOS DOS..... 3 NO RECUERDA..... 9	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
712	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días? P712REL	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	714
713	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? P713TIE	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998 NO RESPONDE..... 999	CONTINUÉ 717 717 717
714	En esta última vez ¿Utilizó usted o su pareja algún método para evitar tener hijos, o para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual? P714MET	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	716 716
715	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la última relación sexual? P715MET	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
716	¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? P716RSEX	NUMERO DE HOMBRES <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98 NO RESPONDE..... 99	
717	ENCUESTADORA: VEA PREGUNTAS 300 Y 301 P717F	HA ESTADO EMBARAZADA.....1 NO HA ESTADO EMBARAZADA..... 2	730
718	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez? P718EDA	EDAD <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	
719	Cuando se embarazó, ¿Pensaba que podía salir embarazada? P719EMB	SI.....1 NO.....2	721
720	¿Por qué no? P720RAZ	ERA LA PRIMERA VEZ..... 1 NO TENÍA RELACIONES FRECUENTES..... 2 USÓ ANTICONCEPTIVOS..... 3 CREÍA QUE NO ESTABA EN SU PERÍODO FÉRTIL..... 4 CREÍA QUE TODAVÍA NO TENÍA LA EDAD..... 5 SU PAREJA LE DIJO QUE NO QUEDARÍA EMBARAZADA..... 6 POR IGNORANCIA..... 7 OTRA..... 8 (Especifique) HABÍA TENIDO RELACIONES Y NO SALÍA EMBARAZADA.. 9	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
721	En este embarazo, ¿Quería usted quedar embarazada <u>en ese momento</u> , quería esperar más tiempo o no quería el embarazo? P721EMB	QUERÍA EN ESE MOMENTO 1 ESPERAR MÁS TIEMPO 2 NO LO QUERÍA 3 NS/NR 9	
722	¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez? P722EDAD	AÑOS DE EDAD..... <input type="text"/> NS/NR 98	
723	¿Qué era de usted esa persona <u>en ese momento</u> ? P723RELA	ESPOSO/COMPAÑERO 1 NOVIO 2 AMIGO 3 FAMILIAR 4 DESCONOCIDO 5 PADRASTRO 6 OTRO 8 (Especifique) NO RESPONDE 9	
724	Con su primer embarazo, ¿Tuvo un hijo nacido vivo, nacido muerto, o fue una pérdida o aborto? P724EMB	NACIDO VIVO 1 NACIDO MUERTO 2 PÉRDIDA (ABORTO) 3 AÚN EMBARAZADA 4	
725	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada? P725EMB	SI 1 NO 2 NUNCA ESTUDIÓ 3	730 730
726	¿Interrumpió sus estudios? P726ESTU	SI 1 NO 2	730
727	ENCUESTADORA: VEA EN 724 SI YA TERMINÓ SU PRIMER EMBARAZO P727F	YA TERMINÓ 1 AÚN EMBARAZADA 2	730
728	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo? P728EMB	SI 1 NO 2	730
729	¿Por qué no siguió asistiendo? P729RAZ	NO TENIA CON QUIEN DEJAR AL NIÑO.... 1 YA NO LE QUEDABA TIEMPO..... 2 EL NIÑO ERA MUY ENFERMO..... 3 OPOSICIÓN DEL ESPOSO/COMPAÑERO.. 4 ACOSO SEXUAL..... 5 NO LA ADMITIERON/FUE EXPULSADA.... 6 PROBLEMA DE SALUD DE ELLA..... 7 TENÍA QUE TRABAJAR..... 8 CAMBIO DE RESIDENCIA..... 9 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 OTRA..... 88 (Especifique)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
730	En su opinión, ¿Cuál es el método anticonceptivo más apropiado para los adolescentes? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P730MET</div>	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 ABSTINENCIA..... 12 MASTURBACIÓN..... 13 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 14 NO TIENE OPINIÓN..... 77 NO SABE..... 98	
731	En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P731EMB</div>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	
732	¿Qué edad tenía cuando le vino la regla por primera vez? <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P732EDA</div>	EDAD..... <input style="width: 40px;" type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO..... 77 NO RECUERDA..... 98	

ENCUESTADORA: PASE A 900

VIII. EXPERIENCIA SEXUAL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas personales y muy íntimas que son de mucha importancia para nuestro estudio. Me gustaría recordarle que la información que nos proporcione es confidencial.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
800	¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? P800MES	P800ANO MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA TENIDO.....222222 ➡ NO RECUERDA.....989898 NO RESPONDE.....999999 ➡	807 807
801	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? P801EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....98 NO RESPONDE.....99	
802	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días? P802RSEX	SI.....1 ➡ NO.....2 NO RESPONDE.....9	804
803	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual? P803TIE	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> ➡ AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ➡ NO RECUERDA..... 98 ➡ NO RESPONDE..... 99 ➡	CONTINUE 807 807 807
804	En esta última vez, ¿Utilizó usted o su pareja algún método para evitar tener hijos, o para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual? P804MET	SI.....1 NO.....2 ➡ NO SABE.....9 ➡	806 806
805	¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en la última relación sexual? P805MET	PASTILLAS..... 1 DIU (DISPOSITIVO)..... 2 CONDÓN..... 3 INYECCIÓN..... 4 MÉTODOS VAGINALES..... 5 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 6 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 7 NORPLANT..... 8 RITMO..... 9 RETIRO..... 10 MÉTODO DE BILLINGS..... 11 PASTILLAS DE EMERGENCIA..... 12 NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
806	¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? P806NUM	NÚMERO DE HOMBRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98 NO RESPONDE.....99	
807	¿Qué edad tenía cuando le vino la regla por primera vez? P807EDA	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO.....77 ➡ NO RECUERDA..... 98	900
808	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla? P808TIE	DÍAS..... 1 MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 3 NO RECUERDA..... 998	

IX. ACCIONES PREVENTIVAS Y RIESGOS DE SALUD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
900	¿Le han aplicado alguna vacuna contra el tétanos en el brazo? P900VAC	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	904 904
901	¿Cuántas veces la han vacunado contra el tétanos? P901VEC	NÚMERO DE VECES..... NO RECUERDA.....98	
902	¿Me podría decir si le dieron carnet cuando la vacunaron contra el tétanos; podría mostrármelo? P902CAR	SI Y LO MOSTRÓ..... 1 SI Y NO LO MOSTRÓ..... 2 NO LE DIERON..... 3	904 904
903	ENCUESTADORA: Escriba el número total de dosis que está anotado en el carnet y el mes y año de la última dosis.	TOTAL DE DOSIS DE TT..... ÚLTIMA DOSIS: MES AÑO P903DOS P903MES P903ANO	
904	¿Se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba detectora del cáncer cervical? P904CIT	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 9	909 909
905	¿Hace cuántos años (completos) se la hizo por última vez? P905ANO	AÑOS DE ÚLTIMA CITOLOGÍA..... MENOS DE UN AÑO.....00 NO RECUERDA..... 98	
906	¿Dónde se la hizo? P906DON	ESTABLECIMIENTO DE LA SS 1 ESTABLECIMIENTO IHSS 2 BRIGADA MÉDICA: LIGA CONTRA EL CÁNCER, CUBANOS, AMERICANOS. 3 CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER 4 ASHONPLAFA..... 5 CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO 6 CLÍNICA/HOSPITAL DE ONG..... 7 OTRO 8 (Especifique) NO SABE/NO RECUERDA 9	
907	¿Le dieron el resultado? P907DON	Sí.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA..... 9	909 909
908	¿Y cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se tomó la citología y la fecha en que supo el resultado? P908TIE	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 NS/NR..... 998	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
909	¿Ha oído hablar del autoexamen del seno (el que se hace usted misma)? P909SENO	SÍ.....1 NO.....2	911
910	¿Cuán frecuentemente se hace usted el autoexamen del seno? P910FRE	NUNCA..... 1 CADA VEZ QUE SE DUCHA..... 2 UNA VEZ POR SEMANA..... 3 UNA VEZ AL MES..... 4 CADA DOS MESES..... 5 CADA TRES MESES..... 6 UNA VEZ POR AÑO..... 7 DE VEZ EN CUANDO..... 8 OTRO..... 88 (Especifique) NS/NR..... 98	
911	¿Ha oído hablar de la mamografía, o sea rayos X del seno? P911EXAM	SÍ.....1 NO.....2	913
912	¿Se ha hecho alguna vez este examen? P912SENO	SÍ.....1 NO.....2	
913	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? P913FUM	SI.....1 NO.....2	1000
914	¿Durante los últimos 30 días ha fumado cigarrillos? P914FUM	SÍ.....1 NO.....2	1000
915	Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. por día? P915FUM	NÚMERO DE CIGARRILLOS..... <u> </u> <u> </u> <u> </u> FUMA OCASIONALMENTE.....77	

X. ACTITUDES

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA										
Ahora quisiera solicitar su opinion sobre algunos temas que nos interesan													
1000	¿Quién cree Ud. debería decidir el número de niños que una pareja quiere tener? <div style="text-align: right;">P1000HIJ</div>	EL ESPOSO/COMPAÑERO/HOMBRE.....1 LA ESPOSA/COMPAÑERA/MUJER2 LOS DOS JUNTOS3 CUALQUIERA DE LOS DOS4 EL MÉDICO5 EL SACERDOTE/PASTOR6 LO QUE PASE/LO QUE MANDE DIOS7 OTRO8 (Especifique)											
1001	¿Y quién debería decidir si una pareja utiliza métodos de planificación familiar? <div style="text-align: right;">P1001PF</div>	EL ESPOSO/COMPAÑERO/HOMBRE1 LA ESPOSA/COMPAÑERA/MUJER2 LOS DOS JUNTOS3 CUALQUIERA DE LOS DOS4 EL MÉDICO5 OTRO8 (Especifique)											
1002	Por favor, indique si está de acuerdo o no: a. Los niños deben recibir educación sexual en las escuelas..... b. Los jóvenes adolescentes deben recibir educación sexual en los colegios... c. La Secretaría de Salud debe desarrollar materiales y programas de educación sexual para la población en general..... d. Deben existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes..... e. Los hombres necesitan aceptar mas la responsabilidad por la planificación familiar..... f. Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por el hombre..... g. Si la mujer trabaja fuera de la casa, el esposo debe ayudar en las labores de la casa.....	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">9</td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS			1	2	9		<div style="text-align: right;"> P1002A P1002B P1002C P1002D P1002E P1002F P1002G </div>
	SI	NO	NS										
	1	2	9										
1003	¿A los cuántos días después de iniciada la regla cree usted que hay más chance para que una mujer quede embarazada? <div style="text-align: right;">P1003EMB</div>	_____ DÍAS 77. CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL 98. NO SABE											

XI. RELACIONES EN EL HOGAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																								
1100	ENCUESTADORA: VEA 220 P1100F	Actualmente casada/unida..... 1 (Respuestas 1 y 2) Divorciada/separada/viuda..... 2 ← (Respuestas 3, 4, 5) Soltera..... 3 ← (Respuesta 6)	1104 1104																								
1101	¿Quién decide en su casa sobre lo siguiente: Usted, su Esposo/compañero, ambos de acuerdo, alguien más? ¿Uso de anticonceptivos? P1101A ¿Cuántos hijos debe tener la pareja? P1101B	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ELLA</td> <td>ESP/ COMP</td> <td>AMBOS</td> <td>MÉDICO /DIOS</td> <td>NINGU- NO DE LOS DOS</td> <td>OTRO</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>a. ANTICONCEP.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>8___</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>b. HIJOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>8___</td> <td>9</td> </tr> </table>		ELLA	ESP/ COMP	AMBOS	MÉDICO /DIOS	NINGU- NO DE LOS DOS	OTRO	N/A	a. ANTICONCEP.....	1	2	3	4	5	8___	9	b. HIJOS.....	1	2	3	4	5	8___	9	
	ELLA	ESP/ COMP	AMBOS	MÉDICO /DIOS	NINGU- NO DE LOS DOS	OTRO	N/A																				
a. ANTICONCEP.....	1	2	3	4	5	8___	9																				
b. HIJOS.....	1	2	3	4	5	8___	9																				
1102	En su familia, ¿Quién decide como gastar el ingreso del hogar? P1102FAM	ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 ELLA SOLAMENTE..... 2 AMBOS..... 3 FAMILIARES (SUEGROS,HIJOS,PADRES) 4 OTRO..... 8 (Especifique)																									
1103	¿Con qué frecuencia llega tomado su esposo/compañero al hogar? P1103TOM	NUNCA..... 1 DE VEZ EN CUANDO..... 2 UNA VEZ AL MES..... 3 FINES DE SEMANA..... 4 UNA VEZ A LA QUINCENA..... 5 TODOS LOS DÍAS..... 6 NO RESPONDE..... 9																									
1104	Desde que usted cumplió 15 años, ¿Ha sido alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona? P1104MAL	SI.....1 NO.....2 ←	1106																								
1105	¿Quién le ha golpeado o maltratado físicamente? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA) ¿Y alguien más?	a. MADRE..... 1 b. PADRE..... 2 c. PADRASTRO..... 3 d. HERMANO/A..... 4 e. OTRO FAMILIAR..... 5 f. NOVIO..... 6 g. ESPOSO/COMPAÑERO..... 7 h. CONOCIDO..... 8 i. DESCONOCIDO..... 9 j. OTRO..... 88 (Especifique)	P1105A P1105B P1105C P1105D P1105E P1105F P1105G P1105H P1105I P1105J																								
1106	¿Durante los últimos 12 meses, ha tenido esposo, compañero, pareja, novio o enamorado? P1106PAR	SI.....1 NO.....2 ←	1113																								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																																																				
1107	Ahora si me permite, voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con su pareja. ¿En los últimos 12 meses su pareja: (LÉALE UNO A UNO)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> </tr> <tr> <td>a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Le amenazó?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Le lanzó algo?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Le golpeó?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Le amenazó con un arma?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....	1	2	b. ¿Le amenazó?.....	1	2	c. ¿Le lanzó algo?.....	1	2	d. ¿Le golpeó?.....	1	2	e. ¿Le amenazó con un arma?.....	1	2	f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....	1	2	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">P1107A</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">P1107B</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">P1107C</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">P1107D</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">P1107E</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1107F</div>																															
	SI	NO																																																					
a. ¿Le dijo o hizo algo para humillarla?.....	1	2																																																					
b. ¿Le amenazó?.....	1	2																																																					
c. ¿Le lanzó algo?.....	1	2																																																					
d. ¿Le golpeó?.....	1	2																																																					
e. ¿Le amenazó con un arma?.....	1	2																																																					
f. ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?.....	1	2																																																					
1108	ENCUESTADORA: VEA 1107 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P1108F</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ALGUNA RESPUESTA SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TODAS LAS RESPONDIÓ NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">1113</td> </tr> </table>	ALGUNA RESPUESTA SI.....	1		TODAS LAS RESPONDIÓ NO.....	2	1113																																															
ALGUNA RESPUESTA SI.....	1																																																						
TODAS LAS RESPONDIÓ NO.....	2	1113																																																					
1109	Además, dígame usted, ¿Durante los últimos 12 meses, le sucedió lo siguiente después de una pelea con su pareja (o ex)? (LÉALE UNO A UNO)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI</td> <td style="text-align: right;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. ¿Tenía moretones y dolores?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1109A</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1109B</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1109C</td> </tr> </table>		SI	NO		a. ¿Tenía moretones y dolores?.....	1	2	P1109A	b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....	1	2	P1109B	c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....	1	2	P1109C																																					
	SI	NO																																																					
a. ¿Tenía moretones y dolores?.....	1	2	P1109A																																																				
b. ¿Tuvo una herida o hueso quebrado?.....	1	2	P1109B																																																				
c. ¿Fue al doctor o centro de salud a raíz del maltrato?.....	1	2	P1109C																																																				
1110	¿Buscó ayuda? <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P1110AYU</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SI.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">1112</td> </tr> </table>	SI.....	1		NO.....	2	1112																																															
SI.....	1																																																						
NO.....	2	1112																																																					
1111	¿A quién o a dónde acudió por ayuda? (LEA CADA UNO Y ANOTE LOS QUE MENCIONE)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a. Amigas.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111A</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Familia de ella.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111B</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Familia de él.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111C</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Fiscalía de la mujer.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111D</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Policía.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111E</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Hospital.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111F</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Instituto de la mujer.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111G</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Centro de salud.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111H</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Juzgado.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111I</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Ong's.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111J</td> <td style="text-align: right;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>k. Iglesia.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111K</td> <td style="text-align: right;">11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>l. Otro.....</td> <td style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1111L</td> <td style="text-align: right;">88</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>	a. Amigas.....	P1111A	1		b. Familia de ella.....	P1111B	2		c. Familia de él.....	P1111C	3		d. Fiscalía de la mujer.....	P1111D	4		e. Policía.....	P1111E	5		f. Hospital.....	P1111F	6		g. Instituto de la mujer.....	P1111G	7		h. Centro de salud.....	P1111H	8		i. Juzgado.....	P1111I	9		j. Ong's.....	P1111J	10		k. Iglesia.....	P1111K	11		l. Otro.....	P1111L	88		(Especifique)				TODAS PASAN A 1113
a. Amigas.....	P1111A	1																																																					
b. Familia de ella.....	P1111B	2																																																					
c. Familia de él.....	P1111C	3																																																					
d. Fiscalía de la mujer.....	P1111D	4																																																					
e. Policía.....	P1111E	5																																																					
f. Hospital.....	P1111F	6																																																					
g. Instituto de la mujer.....	P1111G	7																																																					
h. Centro de salud.....	P1111H	8																																																					
i. Juzgado.....	P1111I	9																																																					
j. Ong's.....	P1111J	10																																																					
k. Iglesia.....	P1111K	11																																																					
l. Otro.....	P1111L	88																																																					
(Especifique)																																																							
1112	¿Por qué no buscó ayuda? (MARQUE LA RAZÓN MÁS IMPORTANTE) <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P1112AYU</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MIEDO DE ÉL.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VERGUENZA.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CREÍA QUE NO ERA NECESARIO.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CREÍA QUE DE NADA SERVIRÍA.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABÍA A DONDE ACUDIR.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td></td> </tr> </table>	MIEDO DE ÉL.....	1		VERGUENZA.....	2		CREÍA QUE NO ERA NECESARIO.....	3		CREÍA QUE DE NADA SERVIRÍA.....	4		NO SABÍA A DONDE ACUDIR.....	5		OTRO.....	8		(Especifique)			NO SABE.....	9																														
MIEDO DE ÉL.....	1																																																						
VERGUENZA.....	2																																																						
CREÍA QUE NO ERA NECESARIO.....	3																																																						
CREÍA QUE DE NADA SERVIRÍA.....	4																																																						
NO SABÍA A DONDE ACUDIR.....	5																																																						
OTRO.....	8																																																						
(Especifique)																																																							
NO SABE.....	9																																																						

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1113	Desde que usted cumplió 12 años hasta hoy, ¿Recuerda usted si alguien la forzó físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer algún acto sexual que usted no quería? P1113RS	SI.....1 NO.....2	1116
1114	¿Quién fue la persona que lo hizo? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PADRE..... 1 PADRASTRO..... 2 OTRO FAMILIAR..... 3 MAESTRO..... 4 CONOCIDO..... 5 DESCONOCIDO..... 6 NOVIO..... 7 ESPOSO/COMPAÑERO..... 8 OTRO..... 9 (Especifique)	P1114A P1114B P1114C P1114D P1114E P1114F P1114G P1114H P1114I
1115	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto por primera vez? (INDAGUE) P1115EDA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	
1116	¿Antes de que usted cumpliera los 12 años, recuerda usted si alguna persona mayor que usted, alguna vez la tocó sexualmente o le hizo algún acto sexual? P1116RS	SI.....1 NO.....2	1200
1117	¿Quién era esa persona? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	PADRE..... 1 PADRASTRO..... 2 OTRO FAMILIAR..... 3 MAESTRO..... 4 CONOCIDO..... 5 DESCONOCIDO..... 6 NOVIO..... 7 ESPOSO/COMPAÑERO..... 8 OTRO..... 9 (Especifique)	P1117A P1117B P1117C P1117D P1117E P1117F P1117G P1117H P1117I
1118	¿Qué edad tenía usted cuando sucedió por primera vez? (INDAGUE) P1118EDA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	

XII. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
Ahora, quiero hacerle algunas preguntas sobre las enfermedades de transmisión sexual			
1200	¿Ha oído hablar del SIDA? P1200SID	SI.....1 NO.....2	1215
1201	¿Piensa que una persona puede tener el virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad? P1201SID	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
1202	¿Según usted existe curación para el SIDA? P1202SID	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
1203	¿Cómo se puede evitar el SIDA? (ESPERE LAS RESPUESTAS, NO LEA LAS ALTERNATIVAS) (ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONA LA ENTREVISTADA)	USAR CONDONES.....1 TENER UN SOLO COMPANERO/FIDELIDAD.....2 NO TENER RELACIONES CON PROSTITUTAS.....3 NO TENER RELACIONES CON HOMBRES MUJERIEGOS.....4 NO TENER RELACIONES POR EL ANO.....5 NO TENER RELACIONES CON HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES CON OTROS HOMBRES.....6 NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS.....7 NO USAR JERINGAS USADAS/ NO ESTERILIZADAS O SUCIAS.....8 NO USAR TRANSFUSIONES DE SANGRE NO SEGURAS.....9 NO TENER SEXO ORAL.....10 NO TENER RELACIONES SEXUALES.....11 REDUCIR EL NUMERO DE PAREJAS.....12 OTRA.....88 (Especifique) NO SABE.....98	P1203A P1203B P1203C P1203D P1203E P1203F P1203G P1203H P1203I P1203J P1203K P1203L P1203M P1203N
1204	¿Conoce personalmente a alguien que tiene o murió de SIDA? P1204MUR	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....9	
1205	¿Ha oído hablar del examen que se realiza para saber si una persona tiene el virus del SIDA? P1205EXA	SI.....1 NO.....2	1211
1206	¿Se ha realizado ese examen? P1206EXA	SI.....1 NO.....2	1208
1207	¿Cuál fue el resultado? P1207EXA	NEGATIVO.....1 POSITIVO.....2 NO SABE.....7 NO RESPONDE.....9	TODOS PASAN A 1210B
1208	¿Usted quisiera actualmente realizarse este examen? P1208EXA	SI.....1 NO.....2	
1209	¿Sabe dónde puede realizarse el examen? P1209DON	SI.....1 NO.....2	1211

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1210A	¿Dónde se puede realizar este examen? (MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE)	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 CLÍNICA DE LA SS..... 3 CRUZ ROJA..... 4 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADO/ONG..... 5 LABORATORIOS DE LA SS..... 6 LABORATORIO PRIVADO..... 7 OTRO..... 8 (Especifique)	P1210A_A P1210A_B P1210A_C P1210A_D P1210A_E P1210A_F P1210A_G P1210A_H TODAS PASAN A 1211
1210B	¿Dónde se realizó el examen la última vez? P1210B	HOSPITAL DE LA SS..... 1 HOSPITAL DEL IHSS 2 CLÍNICA DE LA SS 3 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADO/ONG/LUGAR DE TRABAJO... 4 LABORATORIOS DE LA SS 5 LABORATORIO PRIVADO 6 CRUZ ROJA..... 7 OTRO..... 8 (Especifique) EN EL EXTRANJERO..... 9	
1211	Según usted, ¿Cuál es su riesgo de contagiarse del SIDA: ninguno, pequeño, moderado o alto? P1211SID	NINGUNO..... 1 PEQUEÑO 2 MODERADO 3 ALTO 4 TIENE VIH/SIDA..... 5 NO SABE..... 9	1214
1212	Si un familiar suyo se contagia con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría dispuesto a cuidarlo o cuidarla en su propia casa? P1212CUI	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO TIENE OPINIÓN..... 4	
1213	¿Se les debería permitir a las personas con SIDA que trabajan con otras personas, continuar en sus trabajos o no? P1213TRA	SI..... 1 NO..... 2 DEPENDE..... 3 NO TIENE OPINIÓN..... 4	
1214	¿Se les debería enseñar a niños (as) de 12 a 14 años como utilizar un condón para prevenir el SIDA? P1214CON	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE OPINIÓN..... 3	
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre otras enfermedades de transmisión sexual o venéreas			
1215	¿Conoce o ha oído hablar de...?	SI NO a. Sífilis (chancro)..... 1 2 b. Chancro blando..... 1 2 c. Gonorrea (purgación, flor blanca).. 1 2 d. Clamidia..... 1 2 e. Herpes genital..... 1 2 f. Hepatitis B..... 1 2	P1215A P1215B P1215C P1215D P1215E P1215F

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1216	ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI LA ENTREVISTADA CONOCE EL CONDÓN (501 C) P1216F	SI.....1 NO.....2	1300
1217	¿Cree usted que el uso del condón puede ser una manera muy eficaz, eficaz, poco eficaz o nada eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA? P1217EFI	MUY EFICAZ..... 1 EFICAZ..... 2 POCO EFICAZ..... 3 NADA EFICAZ..... 4 NO SABE..... 9	
1218	¿Sabe usted de algunos lugares o personas en donde se puede obtener condones? P1218CON	SI.....1 NO.....2	1220
1219	¿En cuáles lugares o personas? (NO LEA LAS OPCIONES Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	HOSPITAL/CESAMO/CESAR DE LA SS... 1 HOSPITAL/CLÍNICA DEL IHSS..... 2 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 3 PARTERA/GUARDIAN DE SALUD..... 4 FARMACIA..... 5 PULPERÍA/SUPERMERCADO..... 6 CLÍNICA DE ASHONPLAFA..... 7 PUESTO COMUNITARIO ASHONPLAFA.. 8 MOTEL/HOTEL..... 9 AMIGOS/VECINOS/FAMILIARES..... 10 VENTA DE MEDICINAS..... 11 HOSPITAL/CLÍNICA DE UNA ONG..... 12 GASOLINERA..... 13 OTRO _____ 88 (Especifique)	P1219A P1219B P1219C P1219D P1219E P1219F P1219G P1219H P1219I P1219J P1219K P1219L P1219M P1219N
1220	ENCUESTADORA: VERIFIQUE EN 704 (MUJERES 15-24) U 800 (MUJERES 25-49) SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES P1220F	SI.....1 NO.....2	1300
1221	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón? P1221RS	SI.....1 NO.....2 NO RESPONDE.....9	1223 1223
1222	¿Cuál fue la razón para usar el condón? (LEA Y MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONA)	a. Prevenir embarazo..... 1 b. Prevenir SIDA..... 2 c. Prevenir otras ETS..... 3 d. Prevenir otro problema..... 4 e. Su pareja lo pide..... 5 f. Otro _____ 6 (Especifique)	P1222A P1222B P1222C P1222D P1222E P1222F
1223	¿Si su compañero sexual se lo pidiera, usted estaría dispuesta a usar el condón? P1223CON	SI.....1 NO.....2 NO RESPONDE.....9	

XIII. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
Ahora me gustaría preguntarle sobre su actividad laboral.			
1300	¿Alguna vez ha trabajado o ha realizado alguna actividad aunque sea por muy poco tiempo o muy poca remuneración ? P1300TRA	SI.....1 NO.....2	1305
1301	¿Qué edad tenía cuando comenzó a trabajar por primera vez? P1301EDA	EDAD <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
1302	¿Trabaja usted actualmente recibiendo pago en dinero u otras formas de pago? P1302PAG	SI.....1 NO.....2	1305
1303	¿Cuántos trabajos tiene? P1303TRA	UNO..... 1 DOS..... 2 TRES O MÁS..... 3	
1304	¿La mayoría del tiempo trabaja dentro o fuera del hogar? P1304TIE	FUERA DEL HOGAR.....1 DENTRO DEL HOGAR.....2	1307 1307
1305	¿Buscó trabajo en la última semana? P1305TRA	SI.....1 NO.....2	1307
1306	¿Por qué no trabaja, ni busca trabajo? P1306TRA	INCAPACIDAD FÍSICA 1 NO NECESITA TRABAJAR 2 AMA DE CASA 3 ESTUDIANTE..... 4 NO TIENE CON QUIEN DEJAR LOS NIÑOS..... 5 NO LE GUSTA TRABAJAR 6 CANSADA DE BUSCAR TRABAJO 7 PROBLEMAS DE SALUD 8 INTERFIERE ESTUDIOS 9 RECIBE BONO DE SOLIDARIDAD 10 TODAVÍA MUY JOVEN 11 JUBILADA 12 ESPOSO NO LE PERMITE 13 ESTÁ EMBARAZADA 14 NO HAY TRABAJO AQUÍ..... 15 FAMILIARES NO PERMITEN..... 16 CUIDA A FAMILIARES..... 17 TRABAJA DURANTE LA COSECHA..... 18 OTRO 88 (Especifique)	
1307	¿Tiene empleada doméstica el hogar? P1307EMP	SI.....1 NO2 ELLA ES EMPLEADA.....3	
1308	ENTREVISTADORA VERIFIQUE EN HISTORIA DE NACIMIENTO (317e) SI HAY NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS	SI.....1 NO.....2 P1308F	1400
1309	¿Quién(es) cuida a los niños cuando usted no está en casa? (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA ALTERNATIVA DE RESPUESTA)	ELLA MISMA 1 LA EMPLEADA DOMÉSTICA 2 EL PADRE 3 LOS ABUELOS 4 OTROS FAMILIARES 5 VECINAS/AMIGAS.....6 NADIE, ESTÁN SOLOS 7 OTRO 8 (Especifique)	P1309A P1309B P1309C P1309D P1309E P1309F P1309G P1309H

XIV. ASISTENCIA ESCOLAR DE HIJOS DE 5 A 14 AÑOS

1400. ENCUESTADORA: VEA EN 317e CUANTOS HIJOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD HAY Y ANOTE EL NÚMERO HIJOS **P1400F**

00. NINGUNO (PASE A 1500)

IDENTIFIQUE EN 317e DE PÁGINAS 8 Y 9 LOS HIJOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD Y ANOTE EN LA LÍNEA DE PREGUNTA 1401 LOS NOMBRES, EMPEZANDO POR EL MENOR DE ELLOS.

PREGUNTA	MENOR	SEGUNDO MAYOR	TERCERO MAYOR	CUARTO MAYOR	QUINTO MAYOR
1401. Nombre	_____	_____	_____	_____	_____
1402. Edad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1402_1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1402_2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1402_3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1402_4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1402_5
1403. ¿Ha asistido (NOMBRE) a la escuela primaria alguna vez?	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL. P1403_1	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL. P1403_2	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL. P1403_3	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 <input type="checkbox"/> SIG. COL. P1403_4	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1413 NS/NR.....9 P1403_5
1404. ¿Qué edad tenía cuando comenzó el primer grado de primaria?	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1404_1	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1404_2	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1404_3	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1404_4	EDAD DE INICIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1404_5
1405. ¿Está o planea matricularlo en la escuela o colegio este año (2001)?	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409 P1405_1	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409 P1405_2	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409 P1405_3	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409 P1405_4	SI.....1 NO.....2 <input type="checkbox"/> 1409 P1405_5
1406. ¿En cuál nivel y grado?	P1406_1N NIVEL P1406_1G GRADO PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	P1406_2N NIVEL P1406_2G GRADO PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	P1406_3N NIVEL P1406_3G GRADO PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	P1406_4N NIVEL P1406_4G GRADO PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	P1406_5N NIVEL P1406_5G GRADO PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6
1407. ¿(NOMBRE) está repitiendo el grado este año?	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 P1407_1	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 P1407_2	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 P1407_3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 P1407_4	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 P1407_5
1408. ¿La escuela o colegio donde estudia, es pública o privada?	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412 P1408_1	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412 P1408_2	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412 P1408_3	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412 P1408_4	PÚBLICA.....1 PRIVADA.....2 PASE A 1412 P1408_5

PREGUNTA	MENOR	SEGUNDO MAYOR	TERCERO MAYOR	CUARTO MAYOR	QUINTO MAYOR
1409. ¿Qué edad tenía la última vez que se matriculó?	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> P1409_1	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> P1409_2	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> P1409_3	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> P1409_4	AÑOS DE EDAD <input type="text"/> P1409_5
1410. ¿Por qué dejó la escuela?	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL.....1 PROBLEMAS FAMILIARES.....2 PROBLEMAS ECONÓMICOS.....3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA.....4 YA NO HABÍA GRADO.....5 TENÍA QUE TRABAJAR.....6 MUY LEJOS.....7 POR BAJO RENDIMIENTO.....8 CAMBIO DE DOMICILIO.....9 NO LE GUSTA/NO QUIERE.....10 PROBLEMAS DE SALUD.....11 OTRO.....88 (Especifique) NS/NR.....98 P1410_1	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL.....1 PROBLEMAS FAMILIARES.....2 PROBLEMAS ECONÓMICOS.....3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA.....4 YA NO HABÍA GRADO.....5 TENÍA QUE TRABAJAR.....6 MUY LEJOS.....7 POR BAJO RENDIMIENTO.....8 CAMBIO DE DOMICILIO.....9 NO LE GUSTA/NO QUIERE.....10 PROBLEMAS DE SALUD.....11 OTRO.....88 (Especifique) NS/NR.....98 P1410_2	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL.....1 PROBLEMAS FAMILIARES.....2 PROBLEMAS ECONÓMICOS.....3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA.....4 YA NO HABÍA GRADO.....5 TENÍA QUE TRABAJAR.....6 MUY LEJOS.....7 POR BAJO RENDIMIENTO.....8 CAMBIO DE DOMICILIO.....9 NO LE GUSTA/NO QUIERE.....10 PROBLEMAS DE SALUD.....11 OTRO.....88 (Especifique) NS/NR.....98 P1410_3	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL.....1 PROBLEMAS FAMILIARES.....2 PROBLEMAS ECONÓMICOS.....3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA.....4 YA NO HABÍA GRADO.....5 TENÍA QUE TRABAJAR.....6 MUY LEJOS.....7 POR BAJO RENDIMIENTO.....8 CAMBIO DE DOMICILIO.....9 NO LE GUSTA/NO QUIERE.....10 PROBLEMAS DE SALUD.....11 OTRO.....88 (Especifique) NS/NR.....98 P1410_4	DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL.....1 PROBLEMAS FAMILIARES.....2 PROBLEMAS ECONÓMICOS.....3 PROBLEMAS DE LA ESCUELA.....4 YA NO HABÍA GRADO.....5 TENÍA QUE TRABAJAR.....6 MUY LEJOS.....7 POR BAJO RENDIMIENTO.....8 CAMBIO DE DOMICILIO.....9 NO LE GUSTA/NO QUIERE.....10 PROBLEMAS DE SALUD.....11 OTRO.....88 (Especifique) NS/NR.....98 P1410_5
1411. ¿Cuál es el grado más alto de estudio que ha aprobado?	NIVEL GRADO P1411_1N P1411_1G NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO P1411_2N P1411_2G NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO P1411_3N P1411_3G NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO P1411_4N P1411_4G NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6	NIVEL GRADO P1411_5N P1411_5G NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 SECUNDAR 2 1 2 3 4 5 6
1412. ¿Cuántas veces ha repetido (NOMBRE) un grado?	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA.....0 PASE A 1414 P1412_1	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA.....0 PASE A 1414 P1412_2	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA.....0 PASE A 1414 P1412_3	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA.....0 PASE A 1414 P1412_4	No. DE VECES <input type="text"/> NUNCA.....0 PASE A 1414 P1412_5
1413. ¿Está o planea matricularlo en la escuela o colegio este año (2001)?	SI.....1 NO.....2 P1413_1	SI.....1 NO.....2 P1413_2	SI.....1 NO.....2 P1413_3	SI.....1 NO.....2 P1413_4	SI.....1 NO.....2 P1413_5
1414. ¿Alguna vez asistió (NOMBRE) al kinder prescolar?	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 SIGUIENTE HIJO P1414_1	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 SIGUIENTE HIJO P1414_2	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 SIGUIENTE HIJO P1414_3	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 SIGUIENTE HIJO P1414_4	SI.....1 NO.....2 NS/NR.....9 SIGUIENTE HIJO P1414_5

XV. INDICADORES DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y LA MADRE

1500. ENCUESTADORA: VEA 400.TIENE HIJOS A PARTIR DE 1996? SI.....1 **P1500F**
 NO.....2 1517

ENCUESTADORA: VEA EN 421 Y 422 Y COPIE LOS NOMBRES DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1996 COMO ESTÁN EN EL CUADRO

	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
1501. ¿ESTÁ VIVO? (VEA EN 422)	VIVO.....1 P1501_1 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 P1501_2 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 P1501_3 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 P1501_4 MUERTO2- SIGUIENTE COLUMNA	VIVO.....1 P1501_5 MUERTO2- 1516
1502. ¿VIVE CON USTED? (NOMBRE)?	SI.....1 P1502_1 NO.....2- SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 P1502_2 NO.....2- SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 P1502_3 NO.....2- SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 P1502_4 NO.....2- SIGUIENTE COLUMNA	SI.....1 P1502_5 NO.....2- 1516
1503. FECHA DE NACIMIENTO (VEA EN 317b)	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_1D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_1M AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_1A	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_2D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_2M AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_2A	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_3D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_3M AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_3A	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_4D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_4M AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_4A	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_5D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_5M AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1503_5A
1504. ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	<3 MESES.....1- SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2- 1510 P1504_1 > 59 MESES.....3- SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1- SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2- 1510 P1504_2 > 59 MESES.....3- SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1- SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2- 1510 P1504_3 > 59 MESES.....3- SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1- SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2- 1510 P1504_4 > 59 MESES.....3- SIGUIENTE COLUMNA	<3 MESES.....1- SIGUIENTE COLUMNA DE 3 A 59 MESES..2- 1510 P1504_5 > 59 MESES.....3- SIGUIENTE COLUMNA
1505. ANTROPOMETRÍA	NIÑO MEDIDO.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO8 (Especifique) P1505_1	NIÑO MEDIDO.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO8 (Especifique) P1505_2	NIÑO MEDIDO.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO8 (Especifique) P1505_3	NIÑO MEDIDO.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO8 (Especifique) P1505_4	NIÑO MEDIDO.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO8 (Especifique) P1505_5
1506. ESTATURA (EN CMS.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1506_1 P1506_1D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1506_2 P1506_2D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1506_3 P1506_3D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1506_4 P1506_4D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1506_5 P1506_5D

1507. MEDICIÓN DEL NIÑO SE REALIZÓ:	ACOSTADO.....1 PARADO.....2 P1507_1	ACOSTADO.....1 PARADO.....2 P1507_2	ACOSTADO.....1 PARADO.....2 P1507_3	ACOSTADO.....1 PARADO.....2 P1507_4	ACOSTADO.....1 PARADO.....2 P1507_5
1508. PESO (EN KGS.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1508_1 P1508_1D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1508_2 P1508_2D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1508_3 P1508_3D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1508_4 P1508_4D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1508_5 P1508_5D
1509. FECHA DE MEDICIÓN DEL PESO Y LA TALLA	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_1D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_1M	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_2D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_2M	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_3D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_3M	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_4D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_4M	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_5D MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1509_5M
1510. VEA EN 1503 Y ESTABLEZCA LA EDAD EN MESES	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA P1510_1	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA P1510_2	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA P1510_3	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA P1510_4	< 12 MESES.....1 ≥ 12 MESES.....2 PASE A SIGUIENTE COLUMNA P1510_5
1511. RESULTADO DE LA TOMA DE MUESTRA PARA LA HEMOGLOBINA DEL NIÑO	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique) P1511_1	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique) P1511_2	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique) P1511_3	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique) P1511_4	TOMÓ MUESTRA.....1 NIÑO ENFERMO.....2 NIÑO AUSENTE.....3 NIÑO RECHAZÓ.....4 MADRE RECHAZÓ.....5 OTRO.....8 (Especifique) P1511_5
1512. VALOR DE HEMOGLOBINA DEL NIÑO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1512_1 P1512_1D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1512_2 P1512_2D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1512_3 P1512_3D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1512_4 P1512_4D	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P1512_5 P1512_5D

ENCUESTADORA: CUANDO TERMINE DE COMPLETAR EL CUADRO, PASE A PREGUNTA 1516

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1513	RESULTADO DE LA TOMA DE MUESTRA PARA LA HEMOGLOBINA DE LA MUJER ENTREVISTADA P1513HEM	TOMO MUESTRA.....1 ENTREVISTADA ENFERMA.....2 ENTREVISTADA RECHAZO.....3 ENTREVISTADA AUSENTE.....4 OTRO.....8 (Especifique)	
1514	VALOR DE LA HEMOGLOBINA DE LA MUJER ENTREVISTADA	P1514HEM P1514D HEMOGLOBINA DE MUJER _ _ _ _ _ _ _	
1515	PESO Y TALLA DE LA MUJER ENTREVISTADA	PESO (en Kgs) _ _ _ _ _ _ _ P1515PES P1515PD ESTATURA (en Cms) _ _ _ _ _ _ _ P1515EST P1515ED	
1516	ENCUESTADORA: SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1504, EXPLIQUE A LA MUJER QUE OTRA PERSONA VENDRÁ A PESAR Y MEDIR AL NIÑO Y A ELLA MISMA.		
NOMBRE DE PERSONA QUE TOMÓ LAS MEDIDAS _____ CÓDIGO _ _ CODNUT			

1517	ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 317. PARA CADA NIÑO QUE MURIÓ A PARTIR DE ENERO 1996 Y ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DE EDAD(317f Y 317g) TIENE QUE HACER UNA AUTOPSIA VERBAL.
------	--

**AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO, REGRESE A LA PRIMERA PÁGINA DEL CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO Y LA HORA FINAL DE LA ENTREVISTA
GRACIAS!**

ASEGÚRESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL