

CUESTIONARIO
ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD FAMILIAR (ENSAFA)
NICARAGUA 1992

CUESTIONARIO
NUMERO

CUESNO

A. IDENTIFICACION MUESTRAL

DEPARTAMENTO _____
MUNICIPIO _____
SECTOR CENSAL _____
VIVIENDA No. _____

DEPT

MUNI

SECCEN

VIVNO



DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: _____

	B. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL	VISITNO										
	1	2	3	4	No. _____											
Código de Entrevistadora	____	____	____	____	____	ENTCOD										
Fecha Visita	Día ____ Mes ____	Día ____ Mes ____	Día ____ Mes ____	Día ____ Mes ____	Día ____ Mes ____	ENTDIA ENTMES										
Hora Inicial de la Entrevista:	Hora ____ Min. ____	Hora ____ Min. ____	Hora ____ Min. ____	Hora ____ Min. ____	Hora ____ Min. ____	ENTHORA ENTMIN										
Resultado *	____	____	____	____	____	RESULT										
<p>*Codigo de Resultado:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Completa..... 1</td> <td>Rechazada..... 5</td> </tr> <tr> <td>Moradores ausentes.. 2</td> <td>Rechaza parcial..... 6</td> </tr> <tr> <td>Entrevistada ausente 3</td> <td>Vivienda desocupada.... 7</td> </tr> <tr> <td>No elegible..... 4</td> <td>Otro _____ 8</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>							Completa..... 1	Rechazada..... 5	Moradores ausentes.. 2	Rechaza parcial..... 6	Entrevistada ausente 3	Vivienda desocupada.... 7	No elegible..... 4	Otro _____ 8	(Especifique)	
Completa..... 1	Rechazada..... 5															
Moradores ausentes.. 2	Rechaza parcial..... 6															
Entrevistada ausente 3	Vivienda desocupada.... 7															
No elegible..... 4	Otro _____ 8															
(Especifique)																

C. OBSERVACIONES: _____

D. DATOS DE PROCESAMIENTO			
Digitado	Código ____	Día ____	Mes ____

I. VIVIENDA

100. ¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?	No. TOTAL DE PERSONAS..... — —	P100PER
	No. TOTAL DE HOMBRES..... — —	P100HOM
	No. TOTAL DE MUJERES..... — —	P100MUJ

101. ¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la casa? P101AGUA	1. Agua de paja (Dentro de la casa)
	2. Agua de paja (Patio)
	3. Puesto Público
	4. Pozo Privado
	5. Pozo Público
	6. Río, lago o manantial
	7. Agua lluvia
	8. Compra particular de puesto, pipo, o vecino
	88. Otro _____ (Especifique)
	99. No sabe

102. ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta casa? (NO INCLUYE LA COCINA, EL BAÑO, NI LOS USADOS EXCLUSIVAMENTE PARA FINES COMERCIALES)	P102CUAR	— —
--	----------	-----

103. ¿Podría decirme si en esta vivienda tienen? (LEALE TODOS LOS ITEMS)	P103LUZ P103RAD P103TELV P103REF P103TELF P103VEH	a. Luz eléctrica	SI	NO
		b. Radio	1	2
		c. Televisión	1	2
		d. Refrigerador	1	2
		e. Teléfono	1	2
		f. Vehículo propio	1	2
		(con motor)		

104. ¿Qué combustible usan generalmente para cocinar? P104COC	1. Electricidad
	2. Gas propano (cilindro)
	3. Kerosene (gas)
	4. Leña
	5. Carbón
	6. No cocinan
	8. Otro _____ (Especifique)

105. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa? P105SSAN	1. No tiene
	2. Letrina (Pompom)
	3. Inodoro (Servicio)
	8. Otro _____ (Especifique)

106. MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE) P106PISO	LADRILLO	1
	EMBALDOSADO	2
	CERAMICA	3
	MADERA	4
	TIERRA	5
	OTRO _____	8
	(ESPECIFIQUE)	

107.	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)		LADRILLO O CEMENTO	1
			ADOBE	2
			ESTAQUEO (TAQUEZAL)	3
		P107PAR	TABLA (MADERA)	4
			MINIFALDA	5
			BAMBÚ	6
			CARTON/PLASTICO	7
			OTRO _____	8
		ESPECIFIQUE		

108. ¿Cuántas mujeres de 15 a 49 años de edad (mujeres en edad fértil: MEF) viven habitualmente en esta casa?

P108NMEF

- SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA
- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA: ANOTAR EN RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSEGUIR EN ORDEN DESCENDENTE.

Nombre de la Mujer en Edad Fértil	Edad	Estado Civil (ANOTE CODIGO)	Ultimo grado escolar que aprobo (ANOTE CODIGO)
1.	P108ED1	P108EC1	P108NIV1 . P108GRA1
2.	P108ED2	P108EC2	P108NIV2 . P108GRA2
3.	P108ED3	P108EC3	P108NIV3 . P108GRA3
4.	P108ED4	P108EC4	P108NIV4 . P108GRA4
5.	P108ED5	P108EC5	P108NIV5 . P108GRA5
6.	P108ED6	P108EC6	P108NIV6 . P108GRA6
7.	P108ED7	P108EC7	P108NIV7 . P108GRA7
8.	P108ED8	P108EC8	P108NIV8 . P108GRA8

CODIGO ESTADO CIVIL:

Unida1
Casada2
Viuda3
Separada4
Divorciada ..5
Soltera6
No Sabe9

CODIGO EDUCACION: NIVEL GRADO ó CURSO

NINGUNO 0 0

PRIMARIA..... 1 1 2 3 4 5 6 9

SECUNDARIA... 2 1 2 3 4 5 9

SUPERIOR..... 3 1 2 3 4 5 6+ 9
^
Si, No Sabe—

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	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

MEF SELECCIONADA __ __

MEFNO

PARA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE NECESITA ENTREVISTAR DIRECTAMENTE A LA MEF SELECCIONADA

PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR LA MEF SELECCIONADA A SOLAS.

SI ELLA NO ESTA, PONGA UN 3 PARA EL CODIGO DE RESULTADO EN LA PRIMERA PAGINA, Y ANOTE EL HORARIO CUANDO SE ENCUENTRA EN LA CASA EN SECCION C (OBSERVACIONES) DE LA PRIMERA PAGINA.

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
------------	------------------	----------------	----------------------------

200. ¿Por favor dígame, en qué mes y año nació Ud.?

P200MES
MES — —

P200AÑO
AÑO — —

201. ¿Entonces, qué edad cumplió en su último cumpleaños?

P201EDAD
— —

EL AÑO DE NACIMIENTO (200) Y LA EDAD (201) DEBEN CORRESPONDER. SI NO CORRESPONDEN SE NECESITA CORREGIR Y CONTINUE. LAS EDADES QUE CORRESPONDEN A LOS AÑOS DE NACIMIENTO ESTAN LISTADOS AQUI. LA PRIMERA EDAD ES LA EDAD CORRECTA SI YA HA TENIDO SU CUMPLEAÑOS EN ESTE AÑO, Y LA SEGUNDA EDAD ES PARA MUJERES QUE TODAVIA NO HAN CELEBRADO SU CUMPLEAÑOS EN ESTE AÑO.

AÑOS Y EDADES PARA ENTREVISTAS EN 1992

AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD
42	50,49	48	44,43	54	38,37	60	32,31	66	26,25	72	20,19
43	49,48	49	43,42	55	37,36	61	31,30	67	25,24	73	19,18
44	48,47	50	42,41	56	36,35	62	30,29	68	24,23	74	18,17
45	47,46	51	41,40	57	35,34	63	29,28	69	23,22	75	17,16
46	46,45	52	40,39	58	34,33	64	28,27	70	22,21	76	16,15
47	45,44	53	39,38	59	33,32	65	27,26	71	21,20	77	15,14

AÑOS Y EDADES PARA ENTREVISTAS EN 1993

AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD
43	50,49	49	44,43	55	38,37	61	32,31	67	26,25	73	20,19
44	49,48	50	43,42	56	37,36	62	31,30	68	25,24	74	19,18
45	48,47	51	42,41	57	36,35	63	30,29	69	24,23	75	18,17
46	47,46	52	41,40	58	35,34	64	29,28	70	23,22	76	17,16
47	46,45	53	40,39	59	34,33	65	28,27	71	22,21	77	16,15
48	45,44	54	39,38	60	33,32	66	27,26	72	21,20	78	15,14

SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA CON ELLA Y REGRESE AL CUADRO EN LA PREVIA PAGINA PARA SELECCIONAR OTRA MEF. SI NO HAY OTRA MEF REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE CODIGO DE RESULTADO = 4, (NO ELIGIBLE).

202. ¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?

P202NIV	NIVEL	GRADO ó CURSO
NINGUNO	0	0
PRIMARIA	1	1 2 3 4 5 6
SECUNDARIA	2	1 2 3 4 5
SUPERIOR	3	1 2 3 4 5 6+

P202GRA

203. ¿Trabaja Ud. actualmente por dinero u otra forma de pago, (aunque sea en forma ocasional)?

Si..... 1
No..... 2 —————>205

P203TRAB

204. ¿Trabaja fuera o dentro del hogar?

FUERA DEL HOGAR... 1
DENTRO DEL HOGAR... 2

P204FUER

No.	PREGUNTAS	CODIGOS						Pase a Pregunta
205.	¿Escucha Ud. a un radio (aunque sea el radio de otra persona)?	Sí	.....	.....	.....	.....	.....	1
P205RAD		No	.....	.....	.....	.....	.....	2 ———> 208
206.	¿A cual emisora escucha más?	Tiempo	.....	.....	.....	.....	.....	1
P206EMIS		Radio Ya	.....	.....	.....	.....	.....	2
		Radio Sandino	.....	.....	.....	.....	.....	3
		Radio Universidad ..	.....	.....	.....	.....	.....	4
		Ondas de Luz	.....	.....	.....	.....	.....	5
		Primerísima .	.....	.....	.....	.....	.....	6
		Radio Católica	.....	.....	.....	.....	.....	7
		Radio Corporación ..	.....	.....	.....	.....	.....	8
		Voz de Nicaragua ...	.....	.....	.....	.....	.....	9
		La Minuto ...	.....	.....	.....	.....	.....	10
		Varias Emisoras ....	.....	.....	.....	.....	.....	11
		Otro .....	.....	.....	.....	.....	.....	88
		No Sabe	.....	.....	.....	.....	.....	99
207.	¿A que horas está Usted acostumbrada a escuchar el radio?	Antes de las 8:00 de la mañana ..	.....	.....	.....	.....	.....	1
P207HORA		Entre las 8:00 y las 12:00	.....	.....	.....	.....	.....	2
		Entre las 12:00 y las 2:00	.....	.....	.....	.....	.....	3
		Entre las 2:00 y las 6:00 .	.....	.....	.....	.....	.....	4
		Despues de las 6:00	.....	.....	.....	.....	.....	5
		Varias horas	.....	.....	.....	.....	.....	6
		No sabe	.....	.....	.....	.....	.....	9
208.	¿Mira Ud. a la televisión (aunque sea la televisión de otra persona)?	Sí	.....	.....	.....	.....	.....	1
P208TELE		No	.....	.....	.....	.....	.....	2 ———> 300
209.	¿A cual canal mira Ud. mas?	Varias Canales	.....	.....	.....	.....	.....	96
P209CAN		No sabe	.....	.....	.....	.....	.....	99
210.	¿A que horas está acostumbrada a mirar la televisión?	Antes de las 8:00 de la mañana ..	.....	.....	.....	.....	.....	1
P210HORA		Entre las 8:00 y las 12:00	.....	.....	.....	.....	.....	2
		Entre las 12:00 y las 2:00	.....	.....	.....	.....	.....	3
		Entre las 2:00 y las 6:00 .	.....	.....	.....	.....	.....	4
		Despues de las 6:00	.....	.....	.....	.....	.....	5
		Varias horas	.....	.....	.....	.....	.....	6
		No sabe	.....	.....	.....	.....	.....	9

PASE A 300

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Ahora voy a hacerle una serie de preguntas sobre los embarazos y partos que haya tenido, durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
300.	¿Actualmente está Ud. embarazada?	Si 1 No 2 No sabe 9	>302
	P300EMB		
301.	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	Si 1 No 2	>304 >316
	P301ALEM		
302.	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES. No sabe 98	
	P302NMES		
303.	¿Es su primer embarazo?	Si 1 No 2	>312
	P303PEMB		
304.	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA ____ B. HIJAS EN CASA ____ C. TOTAL HIJOS EN CASA ____ (SI NO TIENE ANOTE 00)	P304MCAS P304FCAS P304TCAS
305.	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA ____ B. HIJAS FUERA DE CASA ____ C. TOTAL HIJOS FUERA ____ (SI NO TIENE ANOTE 00)	P305MFUE P305FFUE P305TFUE
306.	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?	SI 1 NO 2	>308
	P306MUER		
307.	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON ____ B. HIJAS QUE MURIERON ____ C. TOTAL HIJOS MURIERON ____	P307MMUR P307FMUR P307TMUR

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		Pase a Pregunta
308.	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?	SI	1	
P308MORT	SI DICE QUE SI: PREGUNTELE SI EL NIÑO PRESENTO SIGNOS DE VIDA. SI PRESENTO SIGNOS DE VIDA CORRIJA LAS PREG. 306 Y 307.	NO	2	—————>310
309.	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	No. de MORTINATOS	___	
P309NMOR				
310.	Muchas mujeres pierden sus niños antes de completar su sexto mes de embarazo. ¿Se le cayó a Ud. un niño alguna vez?	Si	1	
P310PERD		No.	2	—————>312
311.	¿Cuántas pérdidas ha tenido antes de completar el sexto mes de embarazo?	No. de PERDIDAS	___	
P311NPER				
312.	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 304C, 305C, 307C, 309 y 311.			
		300. ACTUALMENTE EMBARAZADA	___	
		304C. TOTAL HIJOS EN CASA	___	
		305C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA	___	
		307C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON	___	
		309. MORTINATOS	___	
		311. PERDIDAS	___	
	SI ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE (VEA 300), NO OLVIDE MARCAR <u>1</u> AQUI. SI NO ESTA EMBARAZADA MARQUE <u>0</u> AQUI.	SUMA TOTAL DE EMBARAZOS	___	P312NEMB
	PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE:			
	Ud. ha tenido en total. . .embarazos?			
313.	¿Ha tenido partos múltiples?			
P313NMUL	SI EL TOTAL DE EMBARAZOS NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.	NUMERO DE PARTOS MULTIPLES	___	
314.	El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene), ¿lo deseaba?	Si....	.....1	—————>316
P314DULT		No....	.....2	
		No Sabe.....	.....9	—————>316
315.	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?	No quería tener más hijos	. . 1	
P315ESP		Quería esperar un poco más	. 2	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
316.	¿Desea Ud. actualmente un embarazo?	Si 1 No 2 Actualmente embarazada.. 3 (VEA 300) No sabe..... 9	
	P316DEMB		
317.	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla (menstruación)?	MESES Menos de un mes 00 Ya no menstrua 95 Nunca ha menstruado 96 Antes del último embar 97 No Recuerda 98	
	P317UREG		
	P318PERD	ENTREVISTADORA: Marque lo correspondiente (Vea 310)	
318.	ENTREVISTADA NUNCA HA TENIDO UN ABORTO	.....1	→324
	ENTREVISTADA HA TENIDO 1 O MAS ABORTOS	.....2	
319a.	¿La última vez que Ud. perdió un niño antes del sexto mes de embarazo, fue en que mês y año?	Año <u> </u> P319ANO Mes <u> </u> P319MES NS/NR 9898	
319b.	¿Esta pérdida era espontaneo o provocado?	Espontaneo... 1 Provocado.... 2 No Responde . 9	→321 →321
	P319ESP		
320.	¿Quien le hizo el ultimo aborto?	Medico..... 1 Enfermera..... 2 Partera..... 3 Ella Misma..... 4 Amigo, Familiares..... 5 Otro 8 (Especifique) No Responde..... 9	
	P320QUIN		
321a.	¿Cuando tuvo Ud. este último aborto, tuvo complicaciones que necesitaron tratamiento?	No 1 No 2	→323
	P321COMP		
321b.	¿Ud. recibió antibioticos?	No 1 No 2	→321d
	P321ANTI		
321c.	¿Por cuantos días?	Días.. No sabe/no recuerda 99	
	P321ADIA		
321d.	¿Ud. recibió transfusiones de sangre?	Si 1 No 2	→322
	P321TRAN		
321e.	¿Por cuantos días?	Días.. No sabe/no recuerda 99	
	P321TDIA		

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
322a.	¿En que lugar le atendieron?		
P322LUG	Hospital MINSA.....	1	
	Hospital INSS	2	
	Hospital Militar...	3	
	Hospital particular	4	
	Clinica o médico particular.....	5	
	Casa de la partera.	6	
	Propria casa con partera/.	7	
	enfermera/medico... ..	8	
	Propia casa con familiares	88	
	Otro	99	
	(Especifique).....		
	No Sabe/No Responde		
322b.	¿Cuántas noches quedó en el hospital?	Noches No Sabe/No Recuerda 98	
P322TIEM			
323a.	¿Tiene algun problema de salud que todavia existe como resultado?	Si..... 1 No..... 2	
P323PROB			324
323b.	¿Que es el problema?	Dolor..... 1 Esterilidad..... 2 Infección..... 3 Otro 8 (Especifique)	
P323QUE			

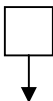
324.

VEA: 312

P324TNV

CON UNO O
MAS HIJOS
NACIDOS VIVOS
(304 , 305C, 307C)

1.



CONTINUE CON 325

2.

ENTREVISTADA
CON 00 EMBARAZOS

(301 = 2)



SOLO EMBARAZO
ACTUAL

(303 = 1)

3.



PASE A 400

SOLO TUVO
MORTINATOS
O PERDIDAS
(309, 311)

4.



325. ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS
304C, 305C, 307C



PARA CORROBORAR QUE DATOS ESTEN
CORRECTOS, PREGUNTE:

Ud. ha tenido en total . . . hijos
nacidos vivos?

304C. TOTAL HIJOS EN CASA _ _

305C. TOTAL HIJOS FUERA
DE CASA _ _

307C. TOTAL HIJOS NACIDOS
VIVOS QUE MURIERON _ _

SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS _ _

P325NNAC

Ahora, quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que
Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos
por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA COLUMNA A, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- SI HUBIERA MAS DE 15 NACIDOS VIVOS TERMINE LA LISTA EN LA FILA 15.
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.

PREGUNTA 326	a. Que nombre le puso?	b. Es hombre o mujer?	c. En que mes y año nació?	d. Está vivo?	e. En que mes y año murió?	f. SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI > UN MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS, SI DE 2 AÑOS O MAS
1 Ultimo Nacido		Hombre...1 Mujer....2 NSEX01	Mes NMESN01 Año NANON01 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 2) No...2 NVIV01	Mes NMESM01 Año NANOM01 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM01 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR..... 98 NDD01 NDM01 NDA01
2 Penultimo Nacido		Hombre...1 Mujer....2 NSEX02	Mes NMESN02 Año NANON02 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 3) No...2 NVIV02	Mes NMESM02 Año NANOM02 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM02 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR..... 98 NDD02 NDM02 NDA02
3 Tercero Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX03	Mes NMESN03 Año NANON03 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 4) No...2 NVIV03	Mes NMESM03 Año NANOM03 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM03 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR..... 98 NDD03 NDM03 NDA03
4 Cuarto Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX04	Mes NMESN04 Año NANON04 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 5) No...2 NVIV04	Mes NMESM04 Año NANOM04 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM04 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR..... 98 NDD04 NDM04 NDA04

PREGUNTA 326	a. Que nombre e puso?	b. Es hombre o mujer?	c. En que mes y año nació?	d. Está vivo?	e. En que mes y año murió?	f. SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS, SI<DE 1 MES; MESES, SI > UN MES A<DE 2 AÑOS; Y AÑOS, SI DE 2 AÑOS O MAS
5 Quinto Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX05	Mes NMESN05 Año NANON05 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 6) No...2 NVIV05	Mes NMESM05 Año NANOM05 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM05 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD05 NDM05 NDA05
6 Sexto Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX06	Mes NMESN06 Año NANON06 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 7) No...2 NVIV06	Mes NMESM06 Año NANOM06 NS.NR..98	1 DIAS... NCODM06 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD06 NDM06 NDA06
7 Septimo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX07	Mes NMESN07 Año NANON07 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 8) No...2 NVIV07	Mes NMESM07 Año NANOM07 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM07 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD07 NDM07 NDA07
8 Octavo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX08	Mes NMESN08 Año NANON08 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 9) No...2 NVIV08	Mes NMESM08 Año NANOM08 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM08 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD08 NDM08 NDA08
9 Noveno Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX09	Mes NMESN09 Año NANON09 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 10) No...2 NVIV09	Mes NMESM09 Año NANOM09 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM09 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD09 NDM09 NDA09
10 Decimo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX10	Mes NMESN10 Año NANON10 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 11) No...2 NVIV10	Mes NMESM10 Año NANOM10 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM10 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 4 NS/NR..... 98 NDD10 NDM10 NDA10
11 Onceavo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX11	Mes NMESN11 Año NANON11 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 12) No...2 NVIV11	Mes NMESM11 Año NANOM11 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM11 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD11 NDM11 NDA11
12 Doceavo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX12	Mes NMESN12 Año NANON12 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 13) No...2 NVIV12	Mes NMESM12 Año NANOM12 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM12 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD12 NDM12 NDA12
13 Treceavo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX13	Mes NMESN13 Año NANON13 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 14) No...2 NVIV13	Mes NMESM13 Año NANOM13 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM13 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD13 NDM13 NDA13
14 Catorceav Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX14	Mes NMESN14 Año NANON14 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 15) No...2 NVIV14	Mes NMESM14 Año NANOM14 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM14 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD14 NDM14 NDA14
15 Quinceavo Anterior		Hombre...1 Mujer....2 NSEX15	Mes NMESN15 Año NANON15 NS/NR.....98	Si...1 (Pase a 327) No...2 NVIV15	Mes NMESM15 Año NANOM15 NS/NR..98	1 DIAS... NCODM15 ... — — — 2 MESES..... — — — 3 AÑOS..... — — — 9 NS/NR..... 98 NDD15 NDM15 NDA15

COMPARE EL NUMERO DE NACIMIENTOS LISTADOS EN ESTE CUADRO CON EL NUMERO EN PREGUNTA 325. SI NO CORRESPONDEN, CORRIJA Y CONTINUE.

PASE A 327

AUTOPSIA VERBAL

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a	Pregunta
-----	-----------	---------	--------	----------

327. VEA 326:

¿HAY HIJOS QUE MURIERON DESDE ENERO DE 1982 (columna e)
Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (columna f)?

P327HIJO

SI - ☐

CONTINUE CON 327.a

NO - ☐

PASE A 347

327.a ¿CUANTOS HIJOS MURIERON DESDE
ENERO DE 1982 Y ANTES DE CUMPLIR
5 AÑOS DE EDAD?

P327CUAN

P328NUM

ULTIMO NIÑO QUE MURIO ____

328. ENTREVISTADORA: VEA 326 Y ANOTE EL
NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO
Y LA EDAD DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO.

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO

MES ____

AÑO ____

EDAD CUANDO MURIÓ

1. DIAS ____

2. MESES ____

3. AÑOS ____

P328MESN

P328ANON

P328COD

P328DIAM

P328MESM

P328ANOM

Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO):

329. ¿Cuántos meses de embarazo tenía
Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE
MURIO) nació?

MESES ____

P329MES

No recuerda..... 98

330. ¿El tamaño del niño al nacer era
pequeño, normal o grande?

Pequeño..... 1

Normal..... 2

Grande 3

P330TMNO

331. ¿Murió el niño como resultado de un
accidente (quemaduras, ahogado,
caída, de automóvil, etc.)?

Si..... 1

No..... 2 _____ > 332

P331ACDT

331a. ¿Cual fue el accidente?

P331CUAL

PASE A 337

332. En sus palabras, dígame qué es lo
más importante que recuerda Ud. de
la enfermedad del niño:

P332ENFE

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
333.	VEA:328		
P333EDAD	EL NIÑO MURIO ANTES DE 29 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> CONTINUE CON 334	EL NIÑO MURIO DE 29 DIAS DE EDAD O MAS <input type="checkbox"/> PASE A 335	
SINTOMAS PARA NIÑO MENORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON			
334. a.	¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MINSA.....1 -Clinica/hospital particular.....2 -En casa con médico/enfemera.....3 -En casa con partera.....4 -En casa con familiares/amistades.....5 -Sola.....6 -Otro .....88 (especifique) -No sabe/no recuerda..... 98	
P334PART			
b.	¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	Si.....1 No.....2 No recuerda.....9	
P334AGUA			
c.	Podría Ud. decirme si: [LEALE CADA PREGUNTA]	SI	NO
			NS/NR
P334SANG	¿Estaba sangrando en los últimos 1 días antes del parto?	2	9
P334SINT	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o 1 diarrea en los últimos días antes del parto?	2	9
P334PIES	¿Nació el niño de pies? 1	2	9
P334CESR	¿Tuvieron que hacerle cesárea? 1	2	9
P334LLOR	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer? 1	2	9
P334AZUL	¿Se veía azul el niño al salir? 1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS			Pase a Pregunta
		SI	NO	NS/NR	
	d. Durante los días antes de morir:				
P334LACT	¿Podía el niño lactar?.....	1	2	9	
P334RESP	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9	
P334LABS	¿Tenía los labios azulados?.....	1	2	9	
P334PECH	¿Tenía el pecho hundido?.....	1	2	9	
P334TOS	¿Tenía tos?.....	1	2	9	
P334FIEB	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?...	1	2	9	
P334DIAR	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?.....	1	2	9	
P334NUM	- Número de asientos en 24 horas.....				
P334MOCO	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	1	2	9	
P334VOM	¿Tenía vómitos?.....	1	2	9	
P334PIEL	¿Tenía la piel seca y arrugada?.....	1	2	9	
P334OJOS	¿Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9	
P334MLLR	¿Tenía la mollera hundida?.....	1	2	9	
P334ORNR	¿Podía orinar?.....	1	2	9	
P334ESPL	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?.....	1	2	9	
P334CONV	¿Tenía convulsiones o espasmos?.....	1	2	9	
P334BOCA	¿Podía abrir la boca para llorar?.....	1	2	9	
P334PARA	¿Tenía parálisis en las piernas?.....	1	2	9	
P334DEFE	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?.....	1	2	9	
		↓			
					(especifique)

PASE A 337

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		Pase a Pregunta
SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON				
335.	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
335LACT	¿Podía lactar?	1	2	9
335RESP	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
335PECH	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
335TOS	¿Tenía tos convulsiva?	1	2	9
335LABS	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
335FIEB	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
335TEMB	¿Tenía temblor?	1	2	9
335ESC	¿Tenía escalofríos?	1	2	9
335SUD	¿Sudaba excesivamente?	1	2	9
335ROJO	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?	1	2	9
335ERUP	¿Tenía erupción en la piel?	1	2	9
335HRDS	¿Tenía heridas en los labios?	1	2	9
335PELO	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?	1	2	9
335PIEL	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
335OJOS	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS/NR
P335MLLR	¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
P335DIAR	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?.....	1	2	9
P335NUM	- Número de asientos en 24 horas.....	—	—	
P335MOCO	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	1	2	9
P335VOM	¿Tenía vómitos?	1	2	9
P335DTOS	¿Tenía vómitos después de tener tos?	1	2	9
P335ABDM	¿Tenía el abdomen hinchado?	1	2	9
P335ORNR	¿Podía orinar?	1	2	9
P335ESPL	¿Tenía espalda rígida o arqueada?	1	2	9
P335CONV	¿Tenía convulsiones o espasmos?	1	2	9
P335BOCA	¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
P335PARA	¿Tenía parálisis en las piernas?	1	2	9
P335DEFE	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? ..	1	2	9
		↓		
		(especifique)		
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto:?			
P335BCG	- BCG (del nacimiento o de inscripción).....	1	2	9
P335DPT	- DPT (Triple).....	1	2	9
P335POL	- POLIO.....	1	2	9
P335SAR	- SARAMPION.....	1	2	9

PASE A 337

No.	CODIGOS		
336.	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL		
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE		
	Accidente	1	
	Prematuro/bajo peso al nacer	2	
	Tétanos neonatal	3	
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal	4	
	Infección aguda de vías respiratorias	5	
	Diarrea, deshidratación	6	
	Malaria	7	
	Sarampión	8	
	Tosferina	9	
	Meningitis	10	
	Anomalía congénitas	11	
	Otras complicaciones perinatales	12	
	Otro.	88	
	(especifique)		
	No especificado	98	
337.	VEA 327.a		
	UN SOLO HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS		MAS DE UN HIJO FALLECIDO ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS
	<div>P337NMTO</div> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	PASE A 347		CONTINUE CON 338

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
	P338NUM	PENULTIMO NIÑO QUE MURIO _ _	
338.	ENTREVISTADORA: VEA 326 Y ANOTE EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y LA EDAD DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO.	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO MES _ _ AÑO _ _ EDAD CUANDO MURIÓ 1. DIAS _ _ 2. MESES _ _ 3. AÑOS _ _	P338MESN P338ANON P338COD P338DIAM P338MESM P338ANOM
Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO):			
339.	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació?	MESES _ _ P339MES No recuerda..... 98	
340.	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?	Pequeño..... 1 Normal..... 2 Grande 3	
	P340TMNO		
341.	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?	Si..... 1 No..... 2 —————> 342	
	P341ACDT		
341a.	¿Cual fue el accidente?	_____	
	P341CUAL	_____	
NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE ENERO 1982, UTILICE OTRO CUESTIONARIO PARA ESTE NIÑO.			
PASE A 347			
342.	En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. De la enfermedad del niño:	_____	
	P342ENFE	_____	
343.	VEA:338		
	P343EDAD	EL NIÑO MURIO ANTES DE 29 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/>	EL NIÑO MURIO DE 29 DIAS DE EDAD O MAS <input type="checkbox"/>
	CONTINUE CON 344	PASE A 345	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta		
SINTOMAS PARA NIÑO MENORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON					
344.	a. ¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MINSA.....1 -Clinica/hospital particular.....2 -En casa con médico/enfemera.....3 -En casa con partera.....4 -En casa con familiares/amistades.....5 -Sola.....6 -Otro .....88 (especifique) -No sabe/no recuerda..... 98			
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	Si.....1 No.....2 No recuerda.....9			
	c. Podría Ud. decirme si: [LEALE CADA PREGUNTA]	SI	NO	NS/NR	
	P344SANG ¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9	
	P344SINT ¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9	
	P344PIES ¿Nació el niño de pies?	1	2	9	
	P344CESR ¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9	
	P344LLOR ¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9	
	P344AZUL ¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
	d. Durante los días antes de morir:	SI	NO	NS/NR
P344LACT	¿Podía el niño lactar?.....	1	2	9
P344RESP	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
P344LABS	¿Tenía los labios azulados?.....	1	2	9
P344PECH	¿Tenía el pecho hundido?.....	1	2	9
P344TOS	¿Tenía tos?.....	1	2	9
P344FIEB	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?..	1	2	9
P344DIAR	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?....	1	2	9
P344NUM	- Número de asientos en 24 horas.....	—	—	—
P344MOCO	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?.....	1	2	9
P344VOM	¿Tenía vómitos?.....	1	2	9
P344PIEL	¿Tenía la piel seca y arrugada?.....	1	2	9
P344OJOS	¿Tenía los ojos hundidos?.....	1	2	9
P344MLLR	¿Tenía la mollera hundida?.....	1	2	9
P344ORNR	¿Podía orinar?.....	1	2	9
P344ESPL	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?....	1	2	9
P344CONV	¿Tenía convulsiones o espasmos?.....	1	2	9
P344BOCA	¿Podía abrir la boca para llorar?.....	1	2	9
P344PARA	¿Tenía parálisis en las piernas?.....	1	2	9
P344DEFE	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?.....	1	2	9
		↓		
				(especifique)

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE ENERO 1982, UTILICE OTRO CUESTIONARIO PARA ESTE NIÑO.

PASE A 347

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON				
345.	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
45LACT	¿Podía lactar?	1	2	9
45RESP	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?.....	1	2	9
45PECH	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
345TOS	¿Tenía tos convulsiva?	1	2	9
45LABS	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
345FIEB	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
45TEMB	¿Tenía temblor?	1	2	9
345ESC	¿Tenía escalofríos?	1	2	9
345SUD	¿Sudaba excesivamente?	1	2	9
45ROJO	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?	1	2	9
45ERUP	¿Tenía erupción en la piel?	1	2	9
45HRDS	¿Tenía heridas en los labios?	1	2	9
45PELO	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?	1	2	9
345PIEL	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
45OJOS	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS/NR
P345MLLR	¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
P345DIAR	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?.....	1	2	9
P345NUM	- Número de asientos en 24 horas.....		— —	
P345MOCO	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	1	2	9
P345VOM	¿Tenía vómitos?	1	2	9
P345DTOS	¿Tenía vómitos después de tener tos?	1	2	9
P345ABDM	¿Tenía el abdomen hinchado?	1	2	9
P345ORNR	¿Podía orinar?	1	2	9
P345ESPL	¿Tenía espalda rígida o arqueada?	1	2	9
P345CONV	¿Tenía convulsiones o espasmos?	1	2	9
P345BOCA	¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
P345PARA	¿Tenía parálisis en las piernas?	1	2	9
P345DEFE	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza? .1	↓	2	9
			<hr style="width: 60%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
			(especifique)	
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto:?			
P345BCG	- BCG (del nacimiento o de inscripción).....	1	2	9
P345DPT	- DPT (Triple).....	1	2	9
P345POL	- POLIO.....	1	2	9
P345SAR	- SARAMPION.....	1	2	9

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DE EDAD DESDE ENERO DE 1982, UTILICE OTRO CUESTIONARIO PARA ESTE NIÑO.

PASE A 347

No.	CODIGOS		
346.	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL		
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE		
	Accidente	1	
	Prematuro/bajo peso al nacer	2	
	Tétanos neonatal	3	
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal	4	
	Infección aguda de vías respiratorias	5	
	Diarrea, deshidratación	6	
	Malaria	7	
	Sarampión	8	
	Tosferina	9	
	Meningitis	10	
	Anomalía congénitas	11	
	Otras complicaciones perinatales	12	
	Otro.	88	
	(especifique)		
	No especificado	98	

CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA
— —	— —
P346PCOD	P346SCOD

PASE A 347

347. VEA 326 (columna c)

¿CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS
A PARTIR DE AGOSTO DE 1987?

0 —————→ 400

P347NNAC

1
2
3
4
5

→ 348

REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS DESDE AGOSTO DE 1987 (REGISTRADOS EN LA PREGUNTA 326), AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS.

348. VEA 326.:	1 ULTIMO	2 PENULTIMO	3 TERCER ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
NOMBRE: _____	_____	_____	_____	_____	_____
ESTA VIVO: (Columna D)	Vivo....1 Muerto..2 P348VIV1	Vivo....1 Muerto..2 P348VIV2	Vivo....1 Muerto..2 P348VIV3	Vivo... 1 Muerto..2 P348VIV4	Vivo....1 Muerto..2 P348VIV5
349. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE)?	___ meses 98 No Sabe P349MES1	___ meses 98 No Sabe P349MES2	___ meses 98 No Sabe P349MES3	___ meses 98 No Sabe P349MES4	___ meses 98 No Sabe P349MES5
350.a ¿Cuanto pesó (NOMBRE) al nacer?	P350LB1 P350OZ1 ___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe	P350LB2 P350OZ2 ___ libras ___ onzas -->351 98 No sabe	P350LB3 P350OZ3 ___ libras ___ onzas->351 98 No sabe	P350LB4 P350OZ4 ___ libras ___ onzas->351 98 No sabe	P350LB5 P350OZ5 ___ libras ___ onzas->351 98 No sabe
350.b ¿Pesó menos que cinco libras?	Si...1 No...2 P350M51	Si...1 No...2 P350M52	Si...1 No...2 P350M53	Si...1 No...2 P350M54	Si...1 No...2 P350M55
351. ¿Tuvo Ud. algún control médico cuando estaba embarazada con (NOMBRE)?	Si...1 No...2 --> 355 P351PRE1	Si...1 No...2 --> 355 P351PRE2	Si...1 No...2 --> 355 P351PRE3	Si...1 No...2 --> 355 P351PRE4	Si...1 No...2 --> 355 P351PRE5
352. ¿Donde se hizo el control prenatal?	Ministerio de Salud.....1 Clinica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm..3 En casa con partera.....4 Otro .....8 (Especifique) P352DON1	Ministerio de Salud.....1 Clinica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm..3 En casa con partera.....4 Otro .....8 (Especifique) P352DON2	Ministerio de Salud.....1 Clinica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm..3 En casa con partera.....4 Otro .....8 (Especifique) P352DON3	Ministerio de Salud.....1 Clinica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm..3 En casa con partera.....4 Otro .....8 (Especifique) P352DON4	Ministerio de Salud.....1 Clinica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm..3 En casa con partera.....4 Otro .....8 (Especifique) P352DON5
353. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	Meses No recuerda.....98 P353MES1	Meses No recuerda.....98 P353MES2	Meses No recuerda.....98 P353MES3	Meses No recuerda.....98 P353MES4	Meses No recuerda.....98 P353MES5

	1 ULTIMO	2 PENULTIMO	3 TERCER	4 CUARTO	5 QUINTO
354. ¿En total, cuántos controles prenatales tuvo?	Número controles <u> </u> No recuerda .....98	Número controles <u> </u> No recuerda .....98	Número controles <u> </u> No recuerda .....98	Número controles <u> </u> No recuerda .....98	Número controles <u> </u> No recuerda .....98
355. Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétanos, es decir, para proteger el niño de convulsiones después de nacer?	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }>357	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }>358	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }>358	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }>358	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }>358
356. ¿Cuántas veces le pusieron esta vacuna durante este embarazo?	Número vacunas.....>358 No sabe/no recuerda..9	Número vacunas.....>358 No sabe/no recuerda..9	Número vacunas.....>358 No sabe/no recuerda..9	Número vacunas.....>358 No sabe/no recuerda..9	Número vacunas.....>358 No sabe/no recuerda..9
357. ¿Le pusieron esta vacuna alguna vez en los últimos 10 años?	Si.....1 No.....2 No sabe/no recuerda..9				
358. ¿En que lugar tuvo su parto con (NOMBRE)?	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular..2 En casa con médico/enfer..3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/ amistades.....5 Sola.....6 Otro .....8 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular..2 En casa con médico/enfer..3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/ amistades.....5 Sola.....6 Otro .....8 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular..2 En casa con médico/enfer..3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/ amistades.....5 Sola.....6 Otro .....8 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular..2 En casa con médico/enfer..3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/ amistades.....5 Sola.....6 Otro .....8 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular..2 En casa con médico/enfer..3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/ amistades.....5 Sola.....6 Otro .....8 (Especifique) No sabe/no recuerda..... 9
359. ¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	Si.....1 No.....2 NS/NR.....9	Si.....1 No.....2 NS/NR.....9	Si.....1 No.....2 NS/NR.....9	Si.....1 No.....2 NS/NR.....9	Si.....1 No.....2 NS/NR.....9
360. ¿Su parto fue normal (vaginal) o le tuvieron que operar (cesárea)?	Normal (vaginal)....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal)....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal)....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal)....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal)....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9

SI HAY OTRO NACIMIENTO DESDE AGOSTO DE 1987, REGRESE A 349
SI NO, CONTINUE A 361.

361. Ahora hablaremos de sus hijos actualmente vivos menores de 5 años de edad.
¿Podría mostrarme el carnet de vacunación para sus niños con menos de 5 años de edad?

REGISTRE INFORMACION SOLO PAR LOS NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS. SI EL NIÑO ESTA MUERTO SOLO PONGA SU NOMBRE EN EL ESPACIO "NOMBRE", Y SIGA CON EL NIÑO ANTERIOR.

REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO.
SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

	1 ULTIMO		2 PENULTIMO		3 TERCER ANTERIOR		4 CUARTO ANTERIOR		5 QUINTO ANTERIOR	
NOMBRE:										
Está Vivo:	Sí....1 No....2 -->PASE AL ANTERIOR	VIV1	Sí....1 No....2-->PASE AL ANTERIOR	VIV2	Sí....1 No....2-->PASE AL ANTERIOR	VIV3	Sí....1 No....2-->PASE AL ANTERIOR	VIV4	Sí....1 No....2-->PASE A 362	VIV5
¿Tiene el Carnet?	Sí.....1 No.....2	TCAR1	Sí.....1 No.....2	TCAR2	Sí.....1 No.....2	TCAR3	Sí.....1 No.....2	TCAR4	Sí.....1 No.....2	TCAR5
VACUNA Y DOSIS	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet....1 Sí, madre.2 No.....3 NS, NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS, NR...98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet....1 Sí, madre.2 No.....3 NS, NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS, NR...98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet....1 Sí, madre.2 No.....3 NS, NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS, NR...98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet....1 Sí, madre.2 No.....3 NS, NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS, NR...98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sí, Carnet....1 Sí, madre.2 No.....3 NS, NR....9 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO ____ ____ NS, NR...98 (b)
BCG	BCG01	B1M01 B1A01	BCG02	B1M02 B1A02	BCG03	B1M03 B1A03	BCG04	B1M04 B1A04	BCG05	B1M05 B1A05
DPT - 1	DPT101	D1M01 D1A01	DPT102	D1M02 D1A02	DPT103	D1M03 D1A03	DPT104	D1M04 D1A04	DPT105	D1M05 D1A05
DPT - 2	DPT201	D2M01 D2A01	DPT202	D2M02 D2A02	DPT203	D2M03 D2A03	DPT204	D2M04 D2A04	DPT205	D2M05 D2A05
DPT - 3	DPT301	D3M01 D3A01	DPT302	D3M02 D3A02	DPT303	D3M03 D3A03	DPT304	D3M04 D3A04	DPT305	D3M05 D3A05
DPT - R	DPTR01	DRM01 DRA01	DPTR02	DRM02 DRA02	DPTR03	DRM03 DRA03	DPTR04	DRM04 DRA04	DPTR05	DRM05 DRA05
POLIO - 1	POL101	P1M01 P1A01	POL102	P1M02 P1A02	POL103	P1M03 P1A03	POL104	P1M04 P1A04	POL105	P1M05 P1A05
POLIO - 2	POL201	P2M01 P2A01	POL210	P2M02 P2A02	POL203	P2M03 P2A03	POL210	P2M04 P2A04	POL205	P2M05 P2A05
POLIO - 3	POL301	P3M01 P3A01	POL302	P3M02 P3A02	POL303	P3M03 P3A03	POL304	P3M04 P3A04	POL305	P3M05 P3A05
POLIO, Num de Vacunas	POLN01		POLN02		POLN03		POLN04		POLN05	
SARAMPION	SAR101	SARM01 SARA01	SAR102	SARM02 SARA02	SAR103	SARM03 SARA03	SAR104	SARM04 SARA04	SAR105	SARM05 SARA05
	PASE A COLUMNA 2		PASE A COLUMNA 3		PASE A COLUMNA 4		PASE A COLUMNA 5		PASE A 362	

SI EL NIÑO HA TENIDO LA DOSIS (1 o 2), ANOTE LA FECHA O PONGA 98 98 SI NO SE RECUERDA LA FECHA.

AQUI, SE SELECCIONA UN SOLO NIÑO PARA PREGUNTAS SOBRE EL PERIODO
DESPUES DEL PARTO. PRIMERO, REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS DESDE
AGOSTO DE 1987 Y DESPUES SELECCIONE UNO USANDO CUADRO PARA SELECCION.

Registre todos los niños nacidos desde Agosto de 1987: (VEA 361)
(en orden de menor a mayor)

	<u>Nombre</u>	<u>Está Vivo</u>		
		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
1		1	2	El Ultimo
2		1	2	El Pénultimo
3		1	2	Tercer Anterior
4		1	2	Cuarto Anterior
5		1	2	Quinto Anterior

CUADRO PARA SELECCION DE UN SOLO NIÑO					
PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
	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

362.

A. Número del Hijo Seleccionado: _____

P362NUM

B. Nombre del Hijo Seleccionado: _____

C. Está Vivo?

Sí.....1

No 2

P362VIVO

Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre (NOMBRE - del hijo seleccionado en 362).

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
363. P363POST	¿Tuvo Ud. control médico o de obstetriz después del parto?	Si 1 No 2	—————> 366
364. P364DIAS	¿A los cuántos días después del parto tuvo Ud. el primer control médico?	No. DE DIAS ____ PASADOS 90 DIAS (3 MESES) 91 No sabe/no recuerda 98	
365. P365DOND	¿Dónde tuvo ese control?	Ministerio de Salud 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Clinica/médico particular 4 En casa con médico 5 En casa con partera 6 Otro 8 (Especifique) No sabe/no recuerda 98	
366. P366SANO	¿Después que nació [NOMBRE] lo llevó a control?	Si 1 No. 2	—————> 370
367. P367SEM	¿Cuántas semanas tenía su hijo cuando lo llevó a control por primera vez?	SEMANAS ____ Menos que una semana .00 No sabe/no recuerda 98	
368. P368RAZ	¿Lo llevó porque estaba enfermo o para un control del niño sano?	Estaba enfermo 1 Para control del niño sano 2 No sabe/no recuerda 9	
369. P369DOND	¿A dónde lo llevó al control?	Ministerio de Salud 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Clinica/médico particular 4 En casa con médico 5 En casa con partera 6 Otro 8 (Especifique) No sabe/no recuerda 98	
370. P370AMAM	¿Dió de mamar alguna vez a (NOMBRE)?	Si 1 No. 2	—————> 373
371.	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho?	Minutos (Si < una hora) 1 Horas (Si < 24 horas) 2 Días (Si un día o más) 3	P371TCOD ____ P371TMIN ____ P371THOR ____ P371TDIA ____

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
372.	¿Por cuánto tiempo dió de mamar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES Menos que un mes .. 00 Todavía le da pecho ... 94 Hasta que murió ... 95 NS, NR 98	
		PASE A 374	
373.	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	Madre enferma/debil ... 1 Niño(a) enfermo/debil . 2 Niño(a) murió . 3 Problemas de los pezones/seno ... 4 Leche insuficiente ... 5 Madre trabajando .. 6 Niño rechazó .. 7 Otro 8 (Especifique)	
374.a	ESTA VIVO [NOMBRE]? (VEA 362)	Sí 1 No 2	377
374.b	¿Vive (NOMBRE) con Usted actualmente?	Sí 1 No 2	377
375.	De vez en cuando los niños tienen diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que la normal en un día.		
	a. ¿Ha tenido (NOMBRE DEL NIÑO) diarrea en las últimas dos semanas? (INCLUYE HOY DIA)	Si 1 No 2 NS, NR 9	376
	b. ¿Cuántos días le duró la diarrea?	No. de días Comenzó hoy ... 00 NS, NR .. 98	
	c. ¿Los asientos tenían moco y/o sangre?	Si 1 No. 2 NS, NR 9	
	d. ¿Durante la enfermedad tuvo? [LEA LAS ALTERNATIVAS]	SI NO NS/NR	
	Piel seca y/o arrugada	1 2 9	
	Ojos hundidos y secos	1 2 9	
	Mollera hundida	1 2 9	
	Labios secos	1 2 9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
	e.¿Hizo Ud. algo para que DDTRAT el niño mejore?	Si 1 No 2	-----> "j"
	f.¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de DDTDONDE Salud/médico?	- Solo en casa ... 1 - Centro de Salud/ médico ... 2 - Ambos 3 - NS/NR 9	-----> g -----> g
	f.2 ¿Le llevó a una clínica DDMINSA del MINSA o una clínica particular?	Clínica MINSA 1 Clínica particular ... 2 NS/NR 9	
	f.3 ¿Cuánto gastó en la consulta DDCOSTO incluyendo el costo de las medicinas?	Gratis 000 Cordobas ... ____ NS/NR 999	
	g. ¿Qué tratamiento recibió el niño?		
	(LEALE UNO A UNO)	SI NO NS/NR	
DDANTIBI	1.ANTIBIOTICOS	1 2 9	
DDANTDIA	2.ANTIDIARREICOS (Kaopectate, Kaomicin, Inmodium, etc.)	1 2 9	
DDVAGOS	3.REMEDIOS (VAGOS)	1 2 9	
DDSUERO	4.SUERO ORAL	1 2 9	
DDAGUITA	5.AGUITAS CASERAS	1 2 9	
DDTRAD	6.MEDICINA TRADICIONAL	1 2 9	
DDENDOV	7.TRATAMIENTO ENDOVENOSO	1 2 9	
DDHOSP	8.HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS	1 2 9	
DDOTRO	9.OTROS TRATAMIENTOS (Especifique)	1 2 9	
	h. ¿Durante la enfermedad Ud. DDLIQID le dió de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da habitual mente?	Más Líquidos 1 Menos Líquidos ... 2 Misma Cantidad ... 3 NS, NR 9	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS			pase a pregunta
376. - CONTINUACION					
IRTRAG	8.Dificultad para tragar (o alimentarse)	1	2	9	
IROIDO	9.Dolor de oídos (o secre- ciones del oído)	1	2	9	
IRRAPIDA	10.Respiración rápida, rui- dosa o difícil	1	2	9	
IRPECHO	11.Pecho hundido	1	2	9	
IRLABIO	12.Labios azulados o morados	1	2	9	
IRNORESP	13.Ausencia de respiración	1	2	9	
(SI TODAS LAS RESPUESTAS DE 376.a TIENE CODIGO 2 ó 9 PASE A 377)					
376.	b. Cuántos días duró esta enfermedad?	NUMERO DE DIAS MENOS DE UN DIA 00 MAS DE UN MES 33 NO RECUERDA 98			
IRDIAS					
	c. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si 1 No 2 -----> "f" NS, NR 9 -----> 377			
IRTRAT					
	d. ¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/ médico?	- Solo en casa 1 -----> "e" - Centro de Salud/médico 2 - Ambos 3 - NS/NR 9 -----> "e"			
IRTDONDE					
	d.2 ¿Le llevó a una clínica del MINSA o una clínica particular?	Clínica MINSA 1 Clínica particular 2 NS/NR 9			
IRMINSA					
	d.3 ¿Cuánto gastó en la consulta incluyendo el costo de las medicinas?	Gratis 000 Cordobas NS/NR 999			
IRCOSTO					

No.	PREGUNTAS	CODIGOS			pase a pregunta
-----	-----------	---------	--	--	--------------------

e. ¿Qué tratamiento recibió?
(LEALE UNO A UNO)

SI NO NR

IRANTIBI	Antibióticos	1	2	9
IRASPIR	Aspirina/antifebriles	1	2	9
IREXPEC	Antitusígenos/expectorantes/ mucolíticos	1	2	9
IRPAST	Pastillas, jarabes, remedios (vagos)	1	2	9
IRINyec	Inyecciones	1	2	9
IRHOSP	Le hospitalizaron	1	2	9
IROTRO	Otro (Especifique)_____	1	2	9

PASE A 377

f. ¿Por qué no hizo nada?

IRPQNADA

No fue necesario, no era grave 1
Discuido, no pensó que hace falta 2
Falta de recursos 3
No tenía remedios en casa 4
No pudo llevar al niño al Centro de Salud/médico 5

Servicios de Salud muy Distantes 6

Solo acaba de notar ... 7

Otro _____ .. 8
(Especifique)
NS, NR 9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
377.	¿ESTA VIVO EL ULTIMO NIÑO? (VEA 362)	SI 1 NO 2	—————> 380
<div>P377VIVO</div> <p>ANOTE QUE EL ULTIMO PUEDE SER EL MISMO NIÑO O UN NIÑO DIFFERENTE QUE EL HIJO SELECCIONADO EN PREGUNTA 362.</p>			
<p>NOMBRE DEL ULTIMO _____</p> <p>LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (378-383) SON PARA EL <u>ULTIMO</u> NACIMIENTO</p>			
378.	¿Todavía le está dando de mamar a (NOMBRE DEL ULTIMO)?	SI 1 NO 2	—————> 380
<div>P378AMAM</div>			
379.a	¿Cuántas veces le ha dado de mamar en las últimas 24 horas?	Veces No sabe/no recuerda ... 98	
<div>P379MVEZ</div>			
379.b	¿En algun momento de ayer o de anoche le dio Ud. u otra persona a (NOMBRE DEL ULTIMO) algo de la siguiente? (LEALE UNO A UNO)	SI NO NR	
<div>AMAGUA</div> Agua sola 1 2 9			
<div>AMHIERBA</div> Agua de hierbas 1 2 9			
<div>AMJUGO</div> Jugo, agua con azúcar 1 2 9			
<div>AMLPOLO</div> Leche en polvo 1 2 9			
<div>AMLVACA</div> Leche de vaca o cabra 1 2 9			
<div>AMLIQUID</div> Otros líquidos 1 2 9			
<div>AMSOLID</div> Alimentos sólidos, pure 1 2 9			
380.	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su menstruación?	NO LE HA VUELTO ... 97 MESES ____	
<div>P380REGL</div>			
381.	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI (O EMBARAZADA) 1 NO 2	————> PASE A 383
<div>P381SEXO</div>			
382.	¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES ____ EN EL MISMO MES ... 00	
<div>P382SMES</div>			
383.	¿Durante el parto de (NOMBRE) o en la semana después del mismo, fue operada para no tener más hijos o le hicieron la "ligadura"?	Si, durante el parto .. 1 Si, en la semana siguiente .. 2 No 3 No sabe/No responde ... 9	
<div>P383LIGA</div>			

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
-----	-----------	---------	--------------------

384. MUESTRE EL SOBRE DE SUERO ORAL Y PREGUNTE:



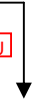
a. Este es un sobre de suero oral. ¿Me puede decir para que se usa?	Sí, para diarrea 1 Sí, para la deshidratación o reponer líquidos ... 2 Sí, para otra enfermedad que no es diarrea 3 No 4	
P384SABE		
b. ¿Ha tenido suero oral en casa alguna vez?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	
P384TUVO		
c. ¿En este momento, tiene Ud. suero oral en casa?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	
P384TIEN		
d. ¿Lo ha usado alguna vez?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	—————> 400 —————> 400
P384USA		
e. ¿Por qué nunca ha usado suero oral?	Nunca le recetaron ... 1 Ya no hay, no dan 2 Es difícil conseguirlo 3 No sabe dónde hay o dan 4 No sirve, es malo 5 No confía en él ... 6 No le gusta al niño ... 7 No se le ocurrió 8 Decuido, se olvidó ... 9 Prefiere otro remedio 10 Falta de dinero ... 11 Queda lejos de conseguir 12 Otra_____ 88 (Especifique) NS, NR 99	
P384PQNO		

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

400-402

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.

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION

METODO ANTICONCEPTIVO (LEALE CADA METODO)	400. Conoce o ha oído hablar de.. (SI NO HA OIDO PASE AL SIGUIEN- TE METODO)		401. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO PASE AL SIGUIENTE METODO)		402. Usa actual- mente...? (últimos 30 días)	
	Si	No	Si	No	Si	No
1. Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2 P400PILC	1	2 P401PILA	1	2 P402PILU
2. DIU, espiral o T de cobre (aparato)	1	2 P400DIUC	1	2 P401DIUA	1	2 P402DIUU
3. Condón o preservativo	1	2 P400CONC	1	2 P401CONA	1	2 P402CONU
4. Inyección anticonceptiva	1	2 P400INYC	1	2 P401INYA	1	2 P402INYU
5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, cremas, tabletas, diafragma, óvulos)	1	2 P400VAGC	1	2 P401VAGA	1	2 P402VAGU
6. Implante (Norplant)	1	2 P400NORC	1	2 P401NORA	1	2 P402NORU
7. Esterilización femenina o la operación para no tener hijos	1	2 P400ESTC	1	2 P401ESTA	1	2 P402ESTU
8. Esterilización masculina o vasectomía (operación del varón)	1	2 P400VASC	1	2 P401VASA	1	2 P402VASU
9. Método de Billings o moco cervical	1	2 P400BILC	1	2 P401BILA	1	2 P402BILU
10. Ritmo, calendario o control del período menstrual	1	2 P400RITC	1	2 P401RITA	1	2 P402RITU
11. Retiro, (él se retira cuando va a terminar)	1 P400RETC	2 	1 P401RETA	2 	1 P402RETU	2 
	PASE A 403		PASE A 403		PASE A 403	

403. VEA: 401/402/403

HA USADO PERO NO
USA ACTUALMENTE

NUNCA HA USADO METODOS

USA ALGUN METODO
ACTUALMENTE

1. ☐
↓

P403ACTU

CONTINUE A 404

2. ☐
↓

PASE A 410

3. ☐
↓

PASE A 419

404. ¿Cuál fue el último método
que Ud.(o su pareja) usó?

P404ULT

Píldora.....1
DIU2
Condón.....3
Inyección.....4
Métodos vaginales.5
Norplant ó implante6
Esterilización femenina.....7
Esterilización masculina....8
Método Billings.....9
Ritmo10
Retiro.....11
No sabe/no recuerda.....98

Si es 7, esterilización femenina,
corrija 403 y pase a 419.

405. ¿Dónde obtuvo (se informó sobre)
(NOMBRE DEL METODO)?

P405OBT

Hospital o maternidad
MINSA.....1
Hospital INSS.....2
Hospital Militar.....3
Centros de Salud y
similares MINSA.....4
PROFAMILIA.....5
IXCHEN.....6
Clinica o
médico privado.....7
Partera.....8
Farmacia o botica.....9
Iglesia.....10
Distribuidor
comunitario.....11
Ella misma o
su compañero.....12
Amiga/vecino/pariente...13
Otro88
(Especifique)
No sabe/No recuerda.....98

406.	¿Por qué razón dejó de usar?	Para embarazarse.....	1
		Método no disponible.....	2
		Motivo religioso.....	3
P406PQUE		Tuvo efectos colaterales.....	4
		Otras razones de salud.....	5
		Miedo a efectos colaterales.....	6
		Sin relación.....	7
		Le quedó lejos.....	9
		No tuvo dinero para comprar.....	10
		Costo elevado, son caros.....	11
		Recomendación medica.....	12
		No fue eficaz.....	13
		El esposo/compañero se opuso.....	14
		Dificultad de uso.....	15
		Fatalismo, no vale la pena.....	16
		Descuido.....	17
		Le atendieron mal en la	
		clínica.....	18
		Esperaba mucho en la clínica.....	19
		Se siente vieja.....	20
		No le gusta usar.....	21
		Otro _____	88
		(Especifique)	
		No sabe/no recuerda.....	98
		No responde.....	99

407.	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora.....	1
		DIU.....	2
		Condón.....	3
P407PRIM		Inyección.....	4
		Métodos vaginales.....	5
		Norplant ó implante.....	6
		Esterilización Masculina.....	8
		Método Billings.....	9
		Ritmo.....	10
		Retiro.....	11
		Otro _____	88
		(especifique)	
		No sabe/no recuerda.....	98

408.	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	P408MES	P408AÑO	
		MES ____	AÑO ____	> 409
		No recuerda.....		98

408a.	¿Que edad tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	Edad.....	____
P408EDAD		No sabe/no recuerda.....	98

409.	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	NUMERO DE HIJOS VIVOS.....	____
P409HIJO		No recuerda.....	98

410.	¿Podría Ud. actualmente quedar embarazada si así lo desea?	Si.....	1	> 412
		No.....	2	
		Actualmente Embarazada.....	3	> 413
P410FERT		No sabe.....	9	> 412

411. ¿Cuál es la razón? que Ud. no puede embarazarse?	- Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos..... 1		
	- Menopausia..... 2		
	- Ya pasaron 2 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado..... 3		→ 607
	- Ya pasaron 2 años o más que no están usando anticonceptivo y no queda embarazada..... 4		
	- Sin relación sexual..... 5		
	- Actualmente embarazada..... 6		→ 413
	- Amamantamiento..... 7		
	- Otro 8		> 412
	(especifique)		

412. ¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos?	- Para embarazarse.....1	
	- Método no disponible.....2	
	- Motivo religioso.....3	
	- Por efectos colaterales.....4	
	- Otras razones de salud.....5	
	- Miedo a efectos colaterales.....6	
	- Sin relación sexual.....7	
	- Falta de conocimiento de los métodos.....8	
	- Le queda lejos.....9	
	- No tiene dinero para comprar.....10	
	- Costo elevado, son caros.....11	
	- Recomendación médica.....12	
	- No es eficaz.....13	
	- El esposo/compañero se opone.....14	
	- Dificultad de uso.....15	
	- Fatalismo, no vale la pena.....16	
	- Descuido.....17	
	- Le atienden mal en la clínica.....18	
	- Espera mucho en la clínica.....19	
	- Se siente vieja.....20	
	- No le gusta usar.....21	
	- Postparto o amamantamiento.....22	
	- Otro .....88	
	(especifique)	
	- No sabe/no recuerda.....98	
	- No responde.....99	

413. ¿En los próximos 12 meses le gustaría usar algun metodo para evitar tener hijos?	Si .....1	→415
	No .....2	
	No sabe/No responde.....9	

414. ¿Por qué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro?
- Para embarazarse.....1
 - Método no disponible.....2
 - Motivo religioso.....3
 - Por efectos colaterales.....4
 - Otras razones de salud.....5
 - Miedo a efectos colaterales.....6
 - Sin relación sexual.....7
 - Falta de conocimiento de los métodos.....8
 - Le queda lejos.....9
 - No tiene dinero para comprar.....10
 - Costo elevado, son caros.....11
 - Recomendación médica.....12
 - No es eficaz.....13
 - El esposo/compañero se opone.....14
 - Dificultad de uso.....15
 - Fatalismo, no vale la pena.....16
 - Descuido.....17
 - Le atienden mal en la clínica.....18
 - Espera mucho en la clínica.....19
 - Se siente vieja.....20
 - No le gusta usar.....21
 - Postparto o amamantamiento.....22
 - Otro88
 - (especifique)
 - No sabe/no recuerda.....98
 - No responde.....99

P414NGUS

PASE A 416

415. ¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?
- Píldora.....1
 - DIU2
 - Condón.....3
 - Inyección.....4
 - Métodos vaginales.....5
 - Norplant ó implante.....6
 - Esterilización femenina.....7
 - Esterilización Masculina.....8
 - Método Billings.....9
 - Ritmo10
 - Retiro.....11
 - Otro88
 - (especifique)
 - No sabe.....98

P415PREF

416. ¿Sabe donde puede ir para conseguir métodos anti-conceptivos (este método) para evitar tener hijos?
- Si1
 - No2 —————> 500

P416DOND

417. ¿A qué lugar?	Hospital o maternidad
P417LUG	MINSA.....1
	Hospital INSS.....2
	Hospital Militar.....3
	Centros de Salud y similares MINSA.....4
	PROFAMILIA.....5
	IXCHEN.....6
	Clinica o médico privado.....7
	Partera.....8
	Farmacia o botica.....9
	Iglesia.....10
	Distribuidor comunitario.....11
	Ella misma o su compañero.....12
	Amiga/vecino/pariente.....13
	Mercado.....14
	Otro .....88
	(Especifique)
	No sabe/No Responde.....98

418. ¿Cuanto tiempo tardaría Ud. para ir desde aquí a ese lugar?	Minutos.....__ __ __ 10 ó más horas.....888 No sabe.....999
--	---

SI ES MENOS DE 10 HORAS
CODIFIQUE EN MINUTOS
(2 HORAS = 120 MINUTOS, ETC.)

PASE A 500

Está usando actualmente

419. VEA: 402	Píldora.....1	} → 426
	DIU .....2	
MARQUE EL METODO QUE USA (Si usa más que un metodo el más efectivo.)	Condón.....3	
	Inyección.....4	
	Métodos vaginales.....5	
	Norplant ó implante.....6	
P419ACTU	Esterilización femenina.....7	} → 428
	Esterilización masculina.....8	
	Método Billings.....9	
	Ritmo .....10	
	Retiro.....11	

420. ¿En qué mes y año le operaron a Ud. (o su esposo/compañero)?	MES P420MES AÑO P420AÑO _____ > 421
	No recuerda.....98

420a. ¿Que edad tenía cuando le operaron a UD. (o su esposo/compañero)?	EDAD__ __ No sabe/No responde.....98
--	---

P420EDAD

421.	¿Dónde le hicieron la operación?	Hospital o maternidad MINSA.....1 Hospital INSS.....2 Hospital Militar.....3 Centros de Salud y similares MINSA.....4 PROFAMILIA.....5 IXCHEN.....6 Sí MUJER.....7 Clínica o médico privado.....8 Otro .....88 (especifique) No sabe/no recuerda.....98
P421LGR		
422.	¿Qué razones tuvo para operarse?	Problemas económicos.....1 Por razones de salud.....2 Ya tenía suficientes hijos.....3 Edad avanzada.....4 Su trabajo no le permitía.....5 No podía atender los hijos.....6 Inestabilidad conyugal.....7 No desea tener más hijos.....8 Otro .....88 (especifique) No sabe.....98 No responde.....99
P422RZNS		
423.	¿Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con haber tenido la operación/vasectomía?	Definitivamente sí.....1 —————> 429 Creo que sí.....2 Creo que no.....3 Definitivamente no.....4 —————> 425
P423SAT		
424.	¿Si tuviera que elegir ahora la esterilización o vasectomía, diría Ud. "Si" o "No"?	Si .....1 —————> 429 No .....2 No responde.....9 SI 423 = 2, PASE A 429
P424ELIG		
425.	¿Por qué no se siente satisfecha? (INDAGAR)	- Tuvo nueva unión.....1 - La operación le causó molestias.....2 - Disminuyó su vida sexual....3 - Murió hijo(s).....4 - Tiene hijos mayores y quiere niño.....5 - Hizo algo moralmente malo...6 - El esposo le trata diferente.....7 - Se siente disminuida.....8 Otro .....88 (especifique) No sabe.....98 No responde.....99
P425PQNO		
		PASE A 429

426.	¿Dónde obtiene el método que usa actualmente?	Hospital o maternidad MINSA.....1 Hospital INSS.....2 Hospital Militar.....3 Centros de Salud y similares MINSA.....4 PROFAMILIA.....5 IXCHEN.....6 Clinica o médico privado.....7 Partera.....8 Farmacia o botica.....9 Iglesia.....10 Distribuidor comunitario.....11 Ella misma o su compañero.....12 Amiga/vecino/pariente.....13 Otro .....88 (Especifique) No sabe/No recuerda.....98
P426DOND		
427.	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Minutos..... 10 ó más horas.....888 No sabe.....999
P427TLGR		
	SI ES MENOS DE 10 HORAS CODIFIQUE EN MINUTOS (2 HORAS = 120 MINUTOS, ETC.)	
428.	¿Está usted usando métodos para espaciar sus embarazos o porque no quiere más hijos?	Espaciar embarazos.....1 No quiere más.....2 No está seguro.....9
P428PQUE		
429.	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora.....1 DIU .....2 Condón.....3 Inyección.....4 Métodos vaginales.....5 Implante (Norplant).....6 Esterilización femenina.....7 Vasectomía.....8 Método Billings.....9 Ritmo .....10 Retiro.....11 No recuerda.....98
P429PRIM		
430.	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	Mes P430MES Año P430ANO > 431 No recuerda.....98
P430EDAD		
430a.	¿Que edad tenía cuando comenzo a usar (NOMBRE METODO)?	EDAD No sabe/no recuerda.....98
P431HIJO		
431.	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	Hijos vivos..... No recuerda.....98

No.	V. INTERES EN ESTERILIZACION	PASE A PREGUNTA
500.	<div> VEA 402 o 419: ELLA O SU PAREJA ESTERILIZADA (0) 1. <input type="checkbox"/> <div>P500EST</div> ↓ PASE A 607 </div> <div> VEA 304 o 305: NO TIENE HIJOS VIVOS 2. <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 600 </div> <div> TIENE HIJOS VIVOS Y NO ES ESTERILIZADA 3. <input type="checkbox"/> ↓ CONTINUE </div>	
501.	¿Desea Ud. tener más hijos? <div>P501DES</div> Si 1 _____ > 600 No 2 No sabe 9 _____ > 600	
502.	¿Por qué no desea tener más hijos? <div>P502PQNO</div> Problemas económicos 1 Por razones de salud 2 Ya tenía suficientes hijos 3 Se siente vieja 4 Su trabajo no le permitía 5 No puede atender los hijos 6 Inestabilidad conyugal 7 Otro 88 (especifique) No sabe 98 No responde 99	
503.	¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos o en que su pareja se opere? <div>P503INT</div> Si 1 No 2 _____ > 507	
504.	¿Sabe Ud. dónde hacen la operación o donde pueden buscar información sobre la operación? <div>P504DOND</div> Si 1 No 2 _____ > 600	
505.	¿En qué lugar? <div>P505LGR</div> Hospital o maternidad MINSA 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Centros de Salud y similares MINSA 4 PROFAMILIA 5 IXCHEN 6 SÍ MUJER 7 Clinica o médico privado 8 Otro 88 (Especifique) No sabe/No responde 98	

506. Señora, ya tiene todos los hijos que desea, tiene interes en operarse y sabe donde puede conseguir información relacionada con la operación, ¿por qué no ha ido a operarse?

P506PQNO

- Miedo a la operación..... 1
- Miedo a efectos colaterales..... 2
- Tiene miedo de arrepentirse después 3
- Razones religiosas..... 4
- Sin relación sexual..... 5
- Intención de realizarlo postparto..... 6
- Costo muy elevado..... 7
- Rechazo del médico..... 8
- Barreras institucionales..... 9
- No tiene tiempo 10
- No le gusta..... 11
- Cerca de la menopausia..... 12
- Prefiere métodos reversibles..... 13
- Esposo/compañero se opone..... 14
- Es todavía muy joven..... 15
- Nunca pensó en ello..... 16
- Necesita mayor información sobre este método..... 17
- Otro 88
(especifique)
- No sabe..... 98
- No responde..... 99

PASE A 600

507. ¿Por qué no estaría Ud. interesada en operarse?

P507PQNO

- Miedo a la operación..... 1
 - Miedo a efectos colaterales..... 2
 - Tiene miedo de arrepentirse después 3
 - Razones religiosas..... 4
 - Sin relación sexual..... 5
 - Intención de realizarlo postparto..... 6
 - Costo muy elevado..... 7
 - Rechazo del médico..... 8
 - Barreras institucionales..... 9
 - No tiene tiempo 10
 - No le gusta 11
 - Cerca de la menopausia..... 12
 - Prefiere métodos reversibles..... 13
 - Esposo/compañero se opone..... 14
 - Es todavía muy joven..... 15
 - Nunca pensó en ello..... 16
 - Necesita mayor información sobre este método..... 17
 - Otro 88
(especifique)
 - No sabe..... 98
 - No responde..... 99
-

VI. PREFERENCIA EN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

600.

VEA 403 (=3):
ESTA USANDO ANTICONCEPTIVO
ACTUALMENTE

P600PREF

1. ☐
↓

CONTINUE

VEA 413 (=1):
NO ESTA USANDO PERO
DESEA USAR

2. ☐
↓

CONTINUE

VEA 413 (=2 o 9):
NO ESTA USANDO NINGUN
METODO Y NO DESEA USAR,
O YA ESTA ESTERILIZADA

3. ☐
↓

PASE A 607

601. ¿Qué día de la semana le
sería más conveniente
para recibir servicios de
planificación familiar?

P601DIA

Lunes 1
Martes..... 2
Miércoles..... 3
Jueves..... 4
Viernes..... 5
Sábado..... 6
Domingo..... 7
Fin de semana..... 8
Cualquier día..... 9
No sabe..... 98
No responde..... 99

602. ¿Qué hora del día le sería
más conveniente para
recibir servicios de
planificación familiar?

P602HORA

Antes de las 8:00 horas..... 1
8:00 a 9:59 horas..... 2
10:00 a 11:59 horas..... 3
12:00 a 1:59 horas..... 4
2:00 a 3:59 horas..... 5
4:00 a 6:00 horas..... 6
Después de las 6:00
horas..... 7
Varias horas diferentes..... 8
Cualquier hora..... 9
No sabe..... 98
No responde..... 99

603. ¿Qué preferiría: Recibir
servicios de planificación
familiar de un médico
hombre o de una médica
mujer, o de una partera?

P603SEXO

Médico hombre..... 1
Médica mujer/enfermera..... 2
Partera..... 3
Le da igual..... 4
No sabe/no responde..... 9

604. ¿Qué preferiría Ud.?
(LEA LAS ALTERNATIVAS 1 y 2)

P604CLIN

- Ir a una clínica de P.F. que
le quede cerca, donde le conozca
la gente..... 1
- Ir a una clínica de P.F. que
le quede lejos, donde no le
conozca la gente..... 2
- Ir a otro lugar..... 3
- No tiene preferencia..... 4
- No sabe/no responde..... 9

605.	En una consulta general de planificación familiar,	Si.....	1
		No.....	2
P605ENF	¿Aceptaría Ud. que le atendiera la enfermera especializada en vez del médico?	No Importa.....	3
		No Sabe.....	9

606.	Si en su comunidad, una persona que no es médico	Si.....	1
		No.....	2
P606NMED	o enfermera fuera adiestrada para entregar métodos anti-conceptivos, ¿Haría uso de esos servicios?	No sabe.....	8
		No responde.....	9

AHORA QUISIERA SOLICITAR SU OPINION SOBRE ALGUNOS TEMAS QUE NOS INTERESAN.

607.	¿Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada?	- Una semana antes que la regla comience.....	1
		- Durante la regla.....	2
		- Un semana después que la regla comience.....	3
(LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)		- Dos semanas después que la regla comience.....	4
P607FERT		- Tres semanas después que la regla comience.....	5
		- En cualquier tiempo.....	6
		- Otro _____	7
		(especifique)	
		- No sabe.....	8
		- No responde.....	9

POR FAVOR, INDIQUE SI ESTA DE ACUERDO O NO.

608.		Si	No	No Sabe
a.	¿Ud. cree que los niños deben recibir educación sexual en las escuelas?			
P608ANIN		1	2	8
b.	¿Ud. cree que los jóvenes deben recibir educación sexual en los colegios?			
P608BJOV		1	2	8
c.	¿Ud. cree que el gobierno debe ofrecer servicios de planificación familiar?			
P608CGOB		1	2	8
d.	¿Ud. cree que la Salud de las madres mejora cuando las parejas practican la P.F.?			
P608DMAD		1	2	8
e.	¿Ud. cree que despues de seis meses, ya no es preciso dar pecho a los bebes?			
P608EPEI		1	2	8

f. ¿Ud. cree que la salud de los
 P608FSAL niños mejora cuando las parejas
 practican la P.F.?

1 2 8

g. ¿Cree Ud. que deben existir
 programas especiales de
 P608GPF planificación familiar para
 jóvenes adolescentes que ya tienen
 relaciones sexuales?

1 2 8

609. ¿Quién debería determinar el
 numero de niños que una
 pareja quiere tener?

P609DET

Esposo/Compañero.....1
 Esposa/Mujer.....2
 La Pareja.....3
 La Suegra.....4
 El Medico.....5
 Lo que mande Dios.....6
 Otro8
 (especifique)

610. ¿Quién debería determinar
 cuando es el mejor tiempo
 para la mujer quedar
 embarazada de nuevo?

P610DNVO

Esposo/Compañero.....1
 Esposa/Mujer.....2
 La Pareja.....3
 La Suegra.....4
 El Medico.....5
 Lo que mande Dios.....6
 Otro8
 (especifique)

611. ¿Quién debería decidir
 si una pareja utiliza
 métodos de planificación
 familiar?

P611PLAN

Esposo/Compañero.....1
 Esposa/Mujer.....2
 La Pareja.....3
 La suegra.....4
 El medico.....5
 Lo que mande Dios.....6
 Otro8
 (especifique)

612. ¿Piensa que una persona
 puede estar contagiado
 del SIDA y no tener sín-
 tomas de la enfermedad?

P612SIDA

Sí.....1
 No.....2
 Nunca ha oído hablar de SIDA.....3
 No cree que SIDA existe.....4
 No Sabe.....9

700

	(LEA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NS/NR
P613A	a. Besando en el rostro	1	2	9
P613B	b. Besando en la boca	1	2	9
P613C	c. Donando sangre/dando sangre	1	2	9
P613D	d. Recibiendo sangre(transfusion)	1	2	9
P613E	e. Dar la mano a una persona con SIDA	1	2	9
P613F	f. Relaciones sexuales entre los hombres	1	2	9
P613G	g. Relaciones sexuales entre un hombre y una mujer	1	2	9
P613H	h. Cuando los niños nacen de una madre con SIDA	1	2	9
P613I	i. Por la madre con SIDA que le da el seno a su bebe	1	2	9
P613J	j. Por la picada de un mosquito	1	2	9
P613K	k. Usando agujas o jeringas no descartables	1	2	9

615. ¿Cree que Usted tiene Sí.....1
algun riesgo de contraer No.....2 —————> 700
el SIDA?

616.	¿Diría que tiene mucho o poco riesgo?	Poco.....1
		Mucho.....2
		No Sabe.....9

VII. NUPCIALIDAD Y SALUD DE LA MUJER

Ahora, vamos a hablar un poco más sobre Usted.

<p>700. ¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?</p>	<p>Unida .....1 Casada.....2 .Viuda .....3 Separada.....4 Divorciada.....5 .Soltera.....6</p>	<p>→ 704 → 702 → 703</p>	
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P700ECIV</div>			
<p>701. ¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez?</p>	<p>Si .....1 No.....2</p>	<p>_____>703 _____>706</p>	
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P701AVEZ</div>			
<p>702. ¿En que mes y año falleció su marido o compañero?</p>	<p>Mes P702MES Año P702ANO No recuerda.....98</p>	<p>_____>704 _____>704</p>	
<p>703. ¿En que mes y año se separó/divorció Ud. la última vez?</p>	<p>Mes P703MES Año P703ANO No recuerda.....98</p>		
<p>704. ¿En qué mes y año se unió/casó con su <u>primer</u> compañero/marido?</p>	<p>Mes P704MES Año P704ANO No recuerda.....98</p>	<p>_____> 706</p>	
<p>705. ¿Qué edad tenía Ud. cuando se unió Ud. con su primer compañero o marido?</p>	<p>Edad..... No recuerda.....98</p>		
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P705EDAD</div>			
<p>706. ¿En que mes y año tuvo su primer relación sexual?</p>	<p>Mes P706MES Año P706ANO No ha tenido relaciones .....22 22 No recuerda.....98 98 No responde.....99 99</p>	<p>_____> 708 _____> 711</p>	
<p>707. ¿Que edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por la primera vez?</p>	<p>Edad..... No responde.....99</p>		
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P707EDAD</div>			
<p>708. ¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?</p>	<p>Si .....1 No.....2 No responde.....9</p>	<p>_____>710 _____>710</p>	
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P708SEXO</div>			
<p>709. ¿Cuántas veces?</p>	<p>Veces..... No recuerda.....98 No responde.....99</p>		
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">P709CVEZ</div>			
<p>710. ¿Hace cuánto tiempo tuvo relaciones sexuales la última vez?</p>	<p>Hace: días.....1 semanas.....2 meses.....3 años.....4 No recuerda.....998 No responde.....999</p>	<p>P710COD P710DIAS P710SEM P710MES P710ANO P710NR</p>	

711. ¿Alguna vez tuvo Ud. un problema fuera de lo normal con la regla, el vientre, la vagina o la matriz? Si.....1 No.....2----->721 No sabe/ No responde.....98----->721

P711PROB

712. ¿Cuando fue la última vez que Ud. tuvo un problema de ese tipo? Mes P712MES Año P712ANO No recuerda.....98

713. ¿Cuales fueron los síntomas que Ud. tuvo? (LEALOS EN VOZ ALTA)	Sí	No	
Menstruación atrasado	1	2	P713MEN
Dolor en el vientre	1	2	P713DOLV
Mal olor	1	2	P713OLO
Fiebre alto	1	2	P713FIEB
Cólicos fuertes	1	2	P713COLI
Hemorragia	1	2	P713HEMO
Dolor al tener relaciones sexuales	1	2	P713DOLS
Dolor al orinar	1	2	P713DOLO
Comezón	1	2	P713COME
Hemorroides (almorranas)	1	2	P713ALMO
Otro _____	1	2	P713OTRO
(Especifique)			

714. ¿Acudió Ud. a una persona para tratar el(los) problema(s)? Si.....1 No.....2----->721

P714TRAT

715. ¿Quién trató su problema? Medico.....1 Enfermera.....2 Curandero.....3 Farmacista.....4 Amigo/Vecino/ Pariente.....5 Otro(a).....6 -----> 721 (Especifique)

P715QUIN

716. ¿En que lugar le atendió? Hospital o Maternidad MINSA1 Hospital INSS2 Hospital Militar.....3 Centros de Salud y similares MINSA.....4 Profamilia5 IXCHEN..6 Clinica o Medico Particular.....7 Otro..... 88 (Especifique)

P716DON

717. ¿Que dijo el doctor que fue el problema?	Vaginitis/candidiasis.....1 Enfermedad Sexualmente Transmisible (ETS).....2 Atraso Menstrual.....3 Embarazo .....4 No encontró un problema.....5 Problema de la Vesícula Biliar.....6 Infección de la Vejiga.....7 Infección del Riñon.....8 Endometriosis.....9 Cancer del Utero/Cuello.....10 Otro_____88 No sabe/no recuerda.....98
P717PROB	
718. ¿Estaba Ud. satisfecha con el tratamiento?	Si.....1—————>720 No.....2
P718SATI	
719. ¿Por qué no?	Fue muy caro.....1 Todavía está enferma.....2 Preguntas no fueron contestadas bien.....3 El lugar/la clinica fue sucia .....4 El lugar/la clinica le quedó lejos.....5 No pudo comprar el medicamento indicado.....6 Esperó demasiado tiempo.....7 Otro_____88 (Especifique)
P719PQNO	
720. ¿Cuánto pagó Usted por esa atención?	Gratis.....0000 Cordobas.....__ __ __ No recuerda.....9898 No sabe.....9999
P720CUAN	
721. ¿Alguna vez un doctor le hizo a Ud. un examen vaginal (examen ginecológico)?	Si.....1 No.....2—————> 724
P721EXVA	
722. ¿Cuándo le hizo ese examen por última vez?	Mes P722MES Año P722ANO No sabe/no recuerda....98
P722MES	
P722ANO	
723. ¿Porque le hizo ese examen?	Revision normal.....1 Revision antes de Poner un DIU.....2 Estaba embarazada.....3 Estaba con una secreción vaginal y mal olor.....4 ETS.....5 Papanicolau.....6—————>725 Otro_____88 (Especifique) No sabe/no recuerda.....99
P723PQUE	

724. ¿Le hicieron a usted alguna vez una prueba de cancer en la matriz (Papanicolau o el Pap)? Si1
 No2 > 729

725. ¿Cuándo le hicieron esa prueba por última vez? Mes P725MES Año P725ANO
 No sabe/no recuerda.....9898

726. ¿A donde fue para el examen de cancer (Papanicolau)? Hospital o Maternidad MINSA.....1
 Hospital INSS.....2
 Hospital Militar.....3
 Centros de Salud y similares MINSA.....4
 Profamilia...5
 IXCHEN.....6
 Clinica o Medico Particular.....7
 Otro.....88
 (Especifique)

727. ¿Fue avisado Ud. del resultado de la prueba? Si1
 No2 > 729

728. ¿Cuánto tiempo pasó entre la toma de la prueba y cuando le avisaron del resultado? días P728COD1 P728DIAS
 semanas.....2 P728SEM
 meses3 P728MES
 años4 P728ANO
 No recuerda.....998 P728NR

729. VEA A PREGUNTA 706

ENTREVISTADA NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES

ENTREVISTADA YA TUVO RELACIONES SEXUALES

1. ☐
 ↓

PASE A 735

2. ☐
 ↓

CONTINUE

730. A veces mujeres intentan embarazarse sin tener éxito, o tratan de embarazarse mucho tiempo antes de resultar un embarazo. Usted ha tenido ese problema alguna vez? Si.....1
 No.....2 > 735

731. ¿En que mes y año comenzó ese problema la última vez? Mes P731MES Año P731ANO
 No recuerda.....9898

732. ¿Pasó cuantos meses sin quedar embarazada? Meses.....
 Nunca embarazó.....97
 No recuerda.....98

733. ¿Consultó con un médico/enfermera para mejorar la situación? Si.....1
 No.....2 > 735

734. ¿En que lugar hizo la consulta?	Hospital o maternidad
	MINSA.....1
	Hospital INSS.....2
	Hospital Militar.....3
	Centros de Salud y similares MINSA.....4
	PROFAMILIA.....5
	IXCHEN.....6
	Clinica o médico privado.....7
	Otro_____ 8
	(especifique)
	No recuerda/no sabe.....9

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
735. ¿Alguna vez ha usado Usted los servicios de algunos de los siguientes cuando estaba enfermo o para un examen de salud?	Hospital o maternidad			
	MINSA	1	2	P735HMIN
	Hospital INSS	1	2	P735HINS
	Hospital Militar	1	2	P735HMIL
	Centros de Salud y similares MINSA	1	2	P735CMIN
	PROFAMILIA	1	2	P735PROF
	IXCHEN	1	2	P735IXCH
	Clinica o médico privado	1	2	P735CPRI
	Curandero (Medic. Trad.)	1	2	P735CURA

736.a ¿En los últimos tres meses ha estado enfermo tal que no pudiera hacer sus actividades regulares?	Sí	1	
	.No.....2		> 737

736.b ¿La última vez que eso pasó, cuantos días no pudo hacer sus actividades regulares?	Días	_____
	NS/NR.....98	

736.c ¿Para esta última enfermedad, acudió Ud. a alguien para consejo o tratamiento?	Sí.....1	
	No.....2	> 737

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
736.d ¿En que lugares le atendieron?	Hospital o maternidad			
	MINSA	1	2	P736HMIN
	Hospital INSS	1	2	P736HINS
	Hospital Militar	1	2	P736HMIL
	Centros de Salud y similares MINSA	1	2	P736CMIN
	PROFAMILIA	1	2	P736PROF
	IXCHEN	1	2	P736IXCH
	Clinica o médico privado	1	2	P736CPRI
	Curandero (Medic. Trad.)	1	2	P736CURA
	Otro_____	1	2	P736OTRO
	(especifique)			

736.e	¿Cuánto gastó en total para la(s) consulta(s), incluyendo las medicinas?	Gratis.....	0000
P736CUAN		Cordobas.....	— — — —
		No recuerda.....	9898

737. Ahora quiero preguntarle sobre cuanto pagaría Usted en una clínica del gobierno para una consulta, incluyendo el costo de las medicinas.

(a) ¿Pagaría 75 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P737A75

Sí.....1 —————> 738

No.....2

(b) ¿Pagaría 10 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P737B10

Sí.....1

No.....2 —————> 738

(c) ¿Pagaría 50 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P737C50

Sí.....1 —————> 738

No.....2

(d) ¿Pagaría 25 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P737D25

Sí.....1

No.....2 —————> 738

(e) ¿Pagaría 35 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P737E35

Sí.....1

No.....2

738. Ahora quiero preguntarle sobre cuanto pagaría Usted en una clínica del gobierno para una consulta, pero esta vez vamos a suponer que los servicios han mejorado. Casi nunca tendría que esperar más que una hora, los cuartos son limpios y siempre tendrían medicinas disponibles.

(a) ¿Pagaría 75 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P738A75

Sí.....1 —————> 739

No.....2

(b) ¿Pagaría 10 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P738B10

Sí.....1

No.....2 —————> 739

(c) ¿Pagaría 50 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P738C50

Sí.....1 —————> 739

No.....2

(d) ¿Pagaría 25 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P738D25

Sí.....1

No.....2 —————> 739

(e) ¿Pagaría 35 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?

P738E35

Sí.....1

No.....2

739. ¿Usted tiene o ha tenido

Si.....1

P739THER hermanas?

No.....2 _____ > 800

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas de la misma madre. Fíjese que me refiero solamente a sus hermanas que también son hijas de su madre. Por favor, dígame los nombres de todas sus hermanas, incluyendo a las que ya fallecieron y a las que están viviendo en otra parte. Comencemos por la de más edad.

P739NHER _ _

740. ¿Cual es el nombre de su hermana de más edad, la siguiente de más edad, etc...? ANOTE EL NOMBRE	741. ¿(NOMBRE) está viva todavía? NO SABE=8 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	742. SI ESTA VIVA: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	743. SI FALLECIO: ¿Hace cuantos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	744. ¿Cuantos años tenía (NOMBRE) cuando falleció? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	745. ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto? Si....1 No....2	746. ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas despues de finalizar el embarazo? Si....1 No....2	747. ¿Cuantos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida? _____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 02
01 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 02 HVIV01	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 02 HEDAD01	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 HCMUR01	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 HMEDAD01	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 HMPART01	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 HM6S01	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 02 HMNH01
02 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 03 HVIV02	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 03 HEDAD02	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 HCMUR02	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 HMEDAD02	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 HMPART02	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 HM6S02	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 03 HMNH02
03 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 04 HVIV03	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 04 HEDAD03	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 HCMUR03	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 HMEDAD03	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 HMPART03	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 HM6S03	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 04 HMNH03
04 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 05 HVIV04	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 05 HEDAD04	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 HCMUR04	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 HMEDAD04	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 HMPART04	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 HM6S04	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 05 HMNH04

740. ¿Cual es el nombre de su hermana de más edad, la siguiente de más edad, etc..? ANOTE EL NOMBRE	741. ¿(NOMBRE) está viva todavía? NO SABE=8 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	742. SI ESTA VIVA: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	743. SI FALLECIO: ¿Hace cuantos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	744. ¿Cuantos años tenía (NOMBRE) cuando falleció? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	745. ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto?	746. ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas despues de finalizar el embarazo?	747. ¿Cuantos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
05 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 06 [HVIV05]	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 06 [HEDAD05]	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 [HCMUR05]	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 [HMEDAD05]	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 CONTINUE CON 747 [HMPART05]	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 [HM6S05]	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 06 [HMNH05]
06 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 07 [HVIV06]	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 07 [HEDAD06]	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 [HCMUR06]	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 [HMEDAD06]	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 CONTINUE CON 747 [HMPART06]	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 [HM6S06]	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 07 [HMNH06]
07 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 08 [HVIV07]	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 08 [HEDAD07]	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 [HCMUR07]	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 [HMEDAD07]	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 CONTINUE CON 747 [HMPART07]	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 [HM6S07]	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 08 [HMNH07]
08 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 09 [HVIV08]	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 09 [HEDAD08]	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 [HCMUR08]	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 [HMEDAD08]	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 CONTINUE CON 747 [HMPART08]	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 [HM6S08]	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 09 [HMNH08]
09 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> FILA 10 [HVIV09]	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 10 [HEDAD09]	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 [HCMUR09]	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 [HMEDAD09]	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 CONTINUE CON 747 [HMPART09]	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 [HM6S09]	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 10 [HMNH09]

740. ¿Cual es el nombre de su hermana de más edad, la siguiente de más edad, etc..? ANOTE EL NOMBRE	741. ¿(NOMBRE) está viva todavía? NO SABE=8 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	742. SI ESTA VIVA: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	743. SI FALLECIO: ¿Hace cuantos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	744. ¿Cuantos años tenía (NOMBRE) cuando falleció? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	745. ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto? 	746. ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas despues de finalizar el embarazo?	747. ¿Cuantos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
10 _____ _____	Si....1 └─> 742 No....2 └─> 743 NO SABE....8 └─> 748 <div>HVIV10</div>	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A 748 <div>HEDAD10</div>	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744 <div>HCMUR10</div>	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745 <div>HMEDAD10</div>	Si....1 └─> 747 No....2 └─> 746 <div>HMPART10</div>	Si....1 No....2 CONTINUE CON 747 <div>HM6S10</div>	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A 748 <div>HMNH10</div>

748. Permítame verificar si tengo la información correcta, usted ha tenido en total _____ hermanas de madre, incluyendo las que han fallecido y las que están viviendo en el extranjero ¿es ésto correcto?

P748CORR

SI....1

↓

PASE A 800

NO....2

→

INDAGUE Y HAGA LAS CORRECCIONES CORRESPONDIENTES Y PASE DESPUES A 800

VIII. LUGARES DE RESIDENCIA

Ahora, para terminar, quiero preguntarle sobre los lugares donde Ud. ha vivido.

800. ¿En que país nació Ud.? Nicaragua.....1
 P800PAIS Otro país.....8 —————> 802

801. ¿En que departamento nació Ud.? Estelí.....1
 P801DEP Madriz.....2
 Nueva Segovia.....3
 León.....4
 Chinandega.....5
 Carazo.....6
 Granada.....7
 Masaya.....8
 Rivas.....9
 Chontales.....10
 Boaco.....11
 Matagalpa.....12
 Jinotega.....13
 Río San Juan.....14
 Zelaya.....15
 Managua.....16
 No Sabe/No Recuerda.....98

802. ¿Cual era su país de residencia hace cinco años? Nicaragua.....1
 P802PAIS Honduras.....2
 El Salvador.....3
 Costa Rica.....4
 México.....5
 Guatemala.....6
 Panamá.....7
 Estados Unidos.....8
 Otro.....88
 (especifique)
 No Sabe/No Recuerda.....98 —————> 806

803. ¿Cual era el departamento de su residencia hace cinco años? Estelí.....1
 P803DEP Madriz.....2
 Nueva Segovia.....3
 León.....4
 Chinandega.....5
 Carazo.....6
 Granada.....7
 Masaya.....8
 Rivas.....9
 Chonatales.....10
 Boaco.....11
 Matagalpa.....12
 Jinotega.....13
 Río San Juan.....14
 Zelaya.....15
 Managua.....16
 No Sabe/No Recuerda.....98 —————> 805

804.	¿El lugar donde vivía hace	Cabecera Departamental.....1
	cinco años era una cabecera	Cabecera Municipal.....2
<div>P804CAB</div>	departamental, cabecera	Otro.....3
	municipal, u otro?	No Sabe/No Recuerda.....98

805.	Hora de finalización de la	Hora	<div>P805HORA</div>	Minutos	<div>P805MIN</div>
	Entrevista				

AGRADECE A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO.
 REGRESE A LA PRIMERA PAGINA
 Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO.

NO SE OLVIDE DE PONER SU CODIGO DE ENTREVISTADORA.
 ¡GRACIAS!