

PARAGUAY

ENCUESTA DE SALUD MATERNO-INFANTIL 1998

CUESTIONARIO DEL HOGAR

IDENTIFICACION

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA		B. IDENTIFICACION MUESTRAL	
REGION _____	REGION <input type="text"/>	CUESTIONARIO N°.	<input type="text"/>
DEPARTAMENTO _____	DEPAR <input type="text"/>	SECTOR	<input type="text"/>
DISTRITO _____	DISTRI <input type="text"/>	MANZANA/MAPA	<input type="text"/>
BARRIO (LOCALIDAD) _____		AREA EMP.(AE)	<input type="text"/>
AREA		VIVIENDA N°. (HOGAR)	<input type="text"/>
URBANA	AREA 1	N°. DE SEGMENTO	<input type="text"/>
RURAL	3		
RURAL	6		

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

Calle/Camino/Carretera: _____

Barrio: _____ Casa/Lote N°: _____ Piso N°: _____

NOMBRE DEL/A JEFE/A DEL HOGAR: _____

C. RESULTADO DE VISITAS DE LA ENTREVISTA				
Número de visita	1	2	3	4
Código de la entrevistadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 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"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/>
Hora inicial de la entrevista	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
Resultado (*)	RESULT <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(*) Código de Resultado	Entrevista completa (Viv. y MEF)	1	No hay MEF (Viv. hecha)	5
	Moradores ausentes (Viv. hecha)	2	MEF ausente (Viv. hecha)	6
	Rechazo de vivienda	3	Rechazo de MEF (Viv. hecha)	7
	Vivienda desocupada	4	Otro: _____	8
			(especifique) RESLOT	

D. OBSERVACIONES: _____

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
	Código	Día	Mes
Criticado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Digitado	CODDIG <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I. SELECCION DE LA MUJER ENTREVISTADA

100	¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen <u>habitualmente</u> en esta vivienda?	No. Total de varones P100VARO	<input type="text"/>
		No. Total de mujeres P100MUJ	<input type="text"/>
		No. Total de personas P100PERS	<input type="text"/>

-- LEA: **Por favor, ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 44 años de edad que viven habitualmente en este hogar, empezando con la de más edad?**
 -- SI NO HAY MEF, ANOTE 00 EN 102 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA
 -- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

101	Linea de MEF	Nombre de la Mujer en Edad Fertil (MEF)	EDAD Años cumplidos	ESTADO CIVIL O CONYUGAL UNIDA.....1 CASADA2 VIUDA.....3 SEPARADA4 DIVORCIADA.....5 SOLTERA6 NO SABE9	NIVEL Y GRADO DE INSTRUCCION APROBADO	
					NIVEL	GRADO
					NINGUNO	0 0
					PRIMARIO	1 1 2 3 4 5 6
					SECUNDARIO	2 1 2 3 4 5 6
					FORMACION	
					DOCENTE	3 1 2 3 4 5 6
					SUPERIOR	4 1 2 3 4 5 6+
					NO SABE	9
1.		P101ED1		P101EC1	P101NIV1	P101GRA1
2.		P101ED2		P101EC2	P101NIV2	P101GRA2
3.		P101ED3		P101EC3	P101NIV3	P101GRA3
4.		P101ED4		P101EC4	P101NIV4	P101GRA4
5.		P101ED5		P101EC5	P101NIV5	P101GRA5
6.						:
7.						:
8.						:

102	¿Entonces, en esta casa viven en total mujeres de 15 a 44 años de edad?	Nº. de MEF P102 <input type="text"/>
		SI ES 00 PONER CODIGO 7 EN RESULTADO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR								
ULTIMO CODIGO 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

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA	MEFSEL <input type="text"/>
Nº DE LA LINEA DE LA MEF SELECCIONADA	LINEA <input type="text"/>

PARAGUAY

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO-INFANTIL

1998

CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACION (CEPEP)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACION

IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL	
CUESTIONARIO°:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
LINEA MEF °:	<input type="text"/>
N° de SEGMENTO:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
REGION:	<div>REGIONI</div> <input type="text"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="text"/> <input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/> <input type="text"/>
AREA (URBANA-RURAL)	<div>AREAI</div> <input type="text"/>
BARRIO (LOCALIDAD):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SECTOR	<input type="text"/> <input type="text"/>
MANZANA/MAPA:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AREA-EMPADRONAMIENTO-AE:	<input type="text"/> <input type="text"/>
N° DE VIVIENDA	<input type="text"/> <input type="text"/>

DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA.

Calle/Camino/Ruta: _____

Barrio/Compañía/Localidad: _____ N° de CASA: _____ Piso N°: _____

PRIMER NOMBRE DE LA MUJER ENTREVISTADA: _____

OBSERVACIONES:

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA												
199	ANOTE LA HORA	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>													
200	Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació Ud.?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> P200MNAC MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA/ NO SABE99 </div> <div> P200ANAC AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>													
201	Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?	P201ED EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 99													
SUME AÑO EN 200 Y EDAD EN 201, Y ANOTE EL TOTAL _____ SI LA MUJER YA CUMPLIO AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 98. SI LA MUJER TODAVIA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 97. SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 44 AÑOS <u>TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER</u>															
202	¿Qué idioma hablan habitualmente la mayoría de los miembros de este hogar? P202ID	GUARANI1 ESPAÑOL2--- ESPAÑOL Y GUARANI3--- OTRO IDIOMA P202IO4--- (Especifique)	--->204 --->205 --->205												
203	¿Pueden hablar y entender español?	SI..... P203ESP1--- NO2---	--->205 --->205												
204	¿Pueden hablar y entender guaraní?	SI..... P204GUA1 NO2													
205	¿En dónde vivía Ud. a inicios de 1993 (hace 5 años)? P205VIV	AQUI1--- EN OTRO LUGAR DEL PAIS.....2 EN EL EXTRANJERO3---	-> 207 -> 207												
206	¿Cuál era el departamento de su residencia hace cinco años (1993)? LOCALIDAD: P206DEP	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ASUNCION.....1 CONCEPCION2 SAN PEDRO.....3 CORDILLERA.....4 GUAIRA.....5 CAAGUAZU.....6 CAAZAPA.....7 ITAPUA.....8 MISIONES9 PARAGUARI.....10 ALTO PARANA.....11 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> CENTRAL12 ÑEEMBUCU.....13 AMAMBAY14 CANINDEYU15 PTE.HAYES16 ALTO PARAGUAY17 BOQUERON18 NS/NR98 </td> </tr> </table>	ASUNCION.....1 CONCEPCION2 SAN PEDRO.....3 CORDILLERA.....4 GUAIRA.....5 CAAGUAZU.....6 CAAZAPA.....7 ITAPUA.....8 MISIONES9 PARAGUARI.....10 ALTO PARANA.....11	CENTRAL12 ÑEEMBUCU.....13 AMAMBAY14 CANINDEYU15 PTE.HAYES16 ALTO PARAGUAY17 BOQUERON18 NS/NR98											
ASUNCION.....1 CONCEPCION2 SAN PEDRO.....3 CORDILLERA.....4 GUAIRA.....5 CAAGUAZU.....6 CAAZAPA.....7 ITAPUA.....8 MISIONES9 PARAGUARI.....10 ALTO PARANA.....11	CENTRAL12 ÑEEMBUCU.....13 AMAMBAY14 CANINDEYU15 PTE.HAYES16 ALTO PARAGUAY17 BOQUERON18 NS/NR98														
207	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	P207NIV <table style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td>NIVEL</td><td>GRADO</td></tr> <tr><td>NINGUNO</td><td>0 0</td></tr> <tr><td>PRIMARIO</td><td>1 1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>SECUNDARIO</td><td>2 1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>FORMAC.DOCENTE</td><td>3 1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>SUPERIOR</td><td>4 1 2 3 4 5 6+</td></tr> </table>	NIVEL	GRADO	NINGUNO	0 0	PRIMARIO	1 1 2 3 4 5 6	SECUNDARIO	2 1 2 3 4 5 6	FORMAC.DOCENTE	3 1 2 3 4 5 6	SUPERIOR	4 1 2 3 4 5 6+	P207GRA
NIVEL	GRADO														
NINGUNO	0 0														
PRIMARIO	1 1 2 3 4 5 6														
SECUNDARIO	2 1 2 3 4 5 6														
FORMAC.DOCENTE	3 1 2 3 4 5 6														
SUPERIOR	4 1 2 3 4 5 6+														

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
208	Me gustaría preguntarle sobre su actividad laboral. P208REM ¿Trabaja usted actualmente en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma?	SI.....1 NO.....2--	-->211
209	¿Trabaja fuera o dentro del hogar? P209TRAB	FUERA DEL HOGAR1 DENTRO DEL HOGAR2	
210	En ese trabajo te desempeñas como: (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-6) P210TIPO	EMPLEADA/TRABAJADORA POR SUELDO O SALARIO 1-- JORNALERO.....2-- PATRON O EMPLEADOR3-- POR CUENTA PROPIA4-- FAMILIAR CON REMUNERACION5-- FAMILIAR SIN REMUNERACION6-- OTRO: P210OUT 8--	}> 213
211	¿Buscó trabajo en la última semana? P211BUS	SI.....1-- NO2	--->213
212	¿Por qué no trabajas ni buscas trabajo? P212NTRA	INCAPACIDAD FISICA1 NO NECESITA TRABAJAR2 AYUDA EN LA CASA3 ESTA EMBARAZADA/DEJO TRABAJO4 NO TIENE CON QUIEN DEJAR LOS NIÑOS5 AMA DE CASA6 NO LE GUSTA TRABAJAR.....7 CANSADA DE BUSCAR TRABAJO.....8 MARIDO NO QUIERE QUE TRABAJE9 PROBLEMAS DE SALUD10 INTERFIERE ESTUDIOS.....11 OTRO20 (ESPECIFIQUE P212OT)	
213	¿Tiene Ud. seguro privado o está Ud. asegurada en el Instituto de Previsión Social (IPS)? P213SEG	SI - IPS1 SI - SEGURO PRIVADO2 SI - AMBOS3 NO4 NO SABE9	

III. HISTORIA DE NACIMIENTOS

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	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
300	¿Actualmente está Ud. embarazada? P300EMB	SI..... 1 NO 2--- NO SABE 9---	1 → 303
301	En este embarazo, ¿Quería Ud. quedar embarazada <u>entonces</u> , quería <u>esperar más tiempo</u> o <u>no quería el embarazo</u> ? P301DES	QUERIA ENTONCES..... 1--- ESPERAR MAS TIEMPO 2 NO QUERIA..... 3--- NO SABE/ NO RECUERDA 9---	→ 305 → 305 → 305
302	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar? P302TIE	MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9 99	→ 305
303	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez? P303EMB	SI..... 1--- NO 2	→ 307
304	¿Tuvo Ud.algún embarazo que terminó antes de completar su sexto mes de embarazo? P304SEX	SI..... 1--- NO 2---	→316 →500 (PAGINA 25)
305	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.? P305MES	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	¿Es/fue su primer embarazo? P306PEMB	SI..... 1--- NO 2	→ 500 (PAGINA 25)
307	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, <input type="checkbox"/> Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA P307A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. HIJAS EN CASA P307B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. TOTAL HIJOS EN CASA P307C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)	
308	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A.HIJOS FUERA DE CASA P308A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B.HIJAS FUERA DE CASA P308B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C.TOTAL HIJOS FUERA D P308C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00) ---	→310

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
310	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo? P310HMUE	SI..... 1 NO 2----	→312
311	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos han muerto?	A.HIJOS QUE MURIERON P311A B.HIJAS QUE MURIERON P311B C.TOTAL HIJOS QUE MURIERON P311C (SI NO TIENE ANOTE 00)	
312	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)? P312MORT	SI1 NO 2----	→ 315
313	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos? P313MORT	NO <input type="checkbox"/> DE HIJOS QUE NACIERON MUERTOS (MORTINATOS) <input type="checkbox"/>	
314	¿Presentó el(los) niño(s) algunos signos de vida, por ejemplo, respiró o lloró? P314SIG	SI 1 NO 2	
SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 310, 311, 312 Y 313. EXPLIQUE A LA MUJER: Para nuestro estudio, queremos incluir este(os) niño(s) como nacido(s) vivo(s).			
315	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir su sexto mes, ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes (abortos)? P315ABOR	SI1 NO 2----	→ 317
316	¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud. antes de completar el sexto mes de embarazo? P316PERD	No. DE PERDIDAS <input type="checkbox"/> NO SABE/NO RECUERDA 9	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
317	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 307C, 308C, 311C, 313 Y 316</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total embarazos?</p> <p>SI EL TOTAL COINCIDE CON EL NUMERO DE EMBARAZOS, CONTINUE CON 318.</p>	<p>300. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTA EMBARAZADA MARQUE 0 AQUI)..... <input type="text"/></p> <p>307C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA..... <input type="text"/></p> <p>308C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/></p> <p>311C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/></p> <p>313.MORTINATOS <input type="text"/></p> <p>316.PERDIDAS <input type="text"/></p>	<p>P317A</p> <p>P317B</p> <p>P317C</p> <p>P317D</p> <p>P317E</p> <p>P317F</p>
	<p>SI NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "PARTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE</p>	<p>SUMA TOTAL <input type="text"/></p> <p>NUMERO DE PARTOS MULTIPLES <input type="text"/></p>	<p>P317G</p> <p>P317H</p>
318	<p>ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 307C, 308C Y 311C</p> <p>PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: ¿Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos?</p>	<p>307C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA <input type="text"/></p> <p>308C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA <input type="text"/></p> <p>311C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON <input type="text"/></p> <p>SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <input type="text"/></p> <p>SI ES 00 PASE A 500 (PAGINA 25)</p>	<p>P318A</p> <p>P318B</p> <p>P318C</p> <p>P318NVIV</p>

Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas 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 PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR)

- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE

- EN COLUMNA f., ANOTE DIAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 1 MES Y MENOR A 2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI LA EDAD ES MAYOR O IGUAL A 2 AÑOS

319 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
01. ULTIMO NACIDO VIVO	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH1	DNAC1 DIA MNAC1 MES..... ANAC1 AÑO..... VIVO1 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH1	MFALL1 MES AFALL1 AÑO	DIAS.....1 EDMUR1 MESES2 AÑOS.....3
02. PENULTIMO	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH2	DNAC2 DIA MNAC2 MES..... ANAC2 AÑO..... VIVO2 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH2	MFALL2 MES AFALL2 AÑO	DIAS.....1 EDMUR2 MESES2 AÑOS.....3
03. ANTEPENULTIMO	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH3	DNAC3 DIA MNAC3 MES..... ANAC3 AÑO..... VIVO3 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH3	MFALL3 MES AFALL3 AÑO	DIAS.....1 EDMUR3 MESES2 AÑOS.....3
04. CUARTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH4	DNAC4 DIA MNAC4 MES..... ANAC4 AÑO..... VIVO4 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH4	MFALL4 MES AFALL4 AÑO	DIAS.....1 EDMUR4 MESES2 AÑOS.....3
05. OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH5	DNAC5 DIA MNAC5 MES..... ANAC5 AÑO..... VIVO5 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH5	MFALL5 MES AFALL5 AÑO	DIAS.....1 EDMUR5 MESES2 AÑOS.....3
06. SEXTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH6	DNAC6 DIA MNAC6 MES..... ANAC6 AÑO..... VIVO6 col. e	SI1--> NO2- v	PASE A SIG. NIÑO EDAH6	MFALL6 MES AFALL6 AÑO	DIAS.....1 EDMUR6 MESES2 AÑOS.....3

319 ¿Qué nombre le puso?	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOS DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?
07. SEPTIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH7	DNAC7 DIA MNAC7 MES ANAC7 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO7 col. e	 PASE A SIG. EDAH7	MFALL7 MES AFALL7 AÑO PASE A SIG. EDAH7	DIAS 1 EDMUR7 MESES 2 AÑOS..... 3
08. OCTAVO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH8	DNAC8 DIA MNAC8 MES ANAC8 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO8 col. e	 PASE A SIG. EDAH8	MFALL8 MES AFALL8 AÑO PASE A SIG. EDAH8	DIAS 1 EDMUR8 MESES 2 AÑOS..... 3
09. NOVENO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH9	DNAC9 DIA MNAC9 MES ANAC9 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO9 col. e	 PASE A SIG. EDAH9	MFALL9 MES AFALL9 AÑO PASE A SIG. EDAH9	DIAS 1 EDMUR9 MESES 2 AÑOS..... 3
10. DECIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH10	DNAC10 DIA MNAC10 MES ANAC10 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO10 col. e	 PASE A SIG. EDAH10	MFALL10 MES AFALL10 AÑO PASE A SIG. EDAH10	DIAS 1 EDMUR10 MESES 2 AÑOS..... 3
11. UNDECIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH11	DNAC11 DIA MNAC11 MES ANAC11 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO11 col. e	 PASE A SIG. EDAH11	MFALL11 MES AFALL11 AÑO PASE A SIG. EDAH11	DIAS 1 EDMUR11 MESES 2 AÑOS..... 3
12. DUODECIMO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH12	DNAC12 DIA MNAC12 MES ANAC12 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO12 col. e	 PASE A SIG. EDAH12	MFALL12 MES AFALL12 AÑO PASE A SIG. EDAH12	DIAS 1 EDMUR12 MESES 2 AÑOS..... 3
13. DECIMO TERCERO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH13	DNAC13 DIA MNAC13 MES ANAC13 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO13 col. e	 PASE A SIG. EDAH13	MFALL13 MES AFALL13 AÑO PASE A SIG. EDAH13	DIAS 1 EDMUR13 MESES 2 AÑOS..... 3
14. DECIMO CUARTO ANTERIOR	HOMBRE1 MUJER.....2 SEXH14	DNAC14 DIA MNAC14 MES ANAC14 AÑO.....	SI1--> NO2- VIVO14 col. e	 PASE A SIG. EDAH14	MFALL14 MES AFALL14 AÑO PASE A SIG. EDAH14	DIAS 1 EDMUR14 MESES 2 AÑOS..... 3

IV.- A- SALUD EN LA NIÑEZ

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
400	VEA EN 319 b. SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE ENERO DE 1993	ANTES DE ENERO DE 1993 1--- <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P400F</div> A PARTIR DE ENERO DE 1993 2	→ 500 (PAGINA 25)
	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE: _____		
401	En la época en que quedó embarazada del último hijo que tuvo. ¿Ud. deseaba ese embarazo?	SI..... <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P401DES</div> 1--- NO 2 NO SABE/ NO RECUERDA 9---	→403 →403
402	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P402ESP</div> NO QUERIA MAS 1 QUERIA ESPERAR 2	
403	¿Le dió el pecho a (NOMBRE) ?	SI..... 1--- NO 2	→ 405
404	¿Por qué no le dió el pecho a (NOMBRE) ?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P403PECH</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P404NDIO</div> MADRE NO QUERIA 1-- NIÑO MURIO 2-- NIÑO SE ENFERMO 3-- NO TENIA LECHE 4-- SALIA A TRABAJAR 5-- LA MADRE ENFERMO 6-- PEZON INVERTIDO O LESIONES 7-- NIÑO NO QUERIA 8-- OTRO <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P404OT</div> 20-- (ESPECIFIQUE)	→ 408
405	¿Cuánto tiempo después de nacer (NOMBRE) empezó a darle el pecho?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P405TIE</div> MINUTOS 1 <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> DIAS 3 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 99	
406	VEA EN 319 c. SI (NOMBRE) SE MURIO	VIVO 1 MUERTO 2---	→ 408
407	¿Está dándole el pecho actualmente?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P407PECH</div> SI..... 1 NO 2	
408	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su menstruación?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P408REG</div> MESES <input type="text"/> EN EL MISMO MES 00 NO LE HA VUELTO AUN 97 NO SABE/NO RECUERDA 99	
409	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P409RSEX</div> MESES <input type="text"/> EN EL MISMO MES 00 DESPUES DE 40 DIAS 90 NO HA VUELTO A TENER 97 NO SABE/ NO RECUERDA 99	

410	VEA 319.b. CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 P4010F	---
-----	---	-----

VEA 319 Y ANOTE EN PREGUNTAS 420 Y 421 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993, AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
420 NOMBRE (VEA 319)					
421 ESTA VIVO (VEA 319, COL. c.)	SI P421_1 1 NO 2	SI P421_2 1 NO 2	SI P421_3 1 NO 2	SI P421_4 1 NO 2	SI P421_5 1 NO 2
422 En la época en que quedó embarazada de(NOMBRE), ¿Quería Ud.tener ese hijo entonces, quería esperar más tiempo, o no quería más hijos?	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR P422_1 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR P422_2 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR P422_3 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR P422_4 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3->424	QUERIA ENTONCES 1-->424 QUERIA ESPERAR P422_5 2 NO QUERIA MAS HIJOS 3->424
423 ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES 1 AÑO P423_1 2 NO SABE 9 99				
424 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	SI P424_1 1 NO 2->431	SI P424_2 1 NO 2->431	SI P424_3 1 NO 2->431	SI P424_4 1 NO 2->431	SI P424_5 1 NO 2->431
425 ¿Dónde se hizo el control? ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO 1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 ESTABLECIMIENTO DEL IPS 5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 6 CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 7 FARMACEUTICO 8 MEDICO NANA-CURANDERO 9 CONSULTORIO DR.PRIVADO 10 OBSTETRA PROFESIONAL 11 PARTERA CHAE 12 OTRO 20 NO SABE/NO RECUERDA 98	P425_1 Código	P425_2 Código	P425_3 Código	P425_4 Código	P425_5 Código
426 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES P426_1	MESES P426_2	MESES P426_3	MESES P426_4	MESES P426_5
427 ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE P427_1 CONTROLES 1	No. DE P427_2 CONTROLES 1	No. DE P427_3 CONTROLES 1	No. DE P427_4 CONTROLES 1	No. DE P427_5 CONTROLES 1

PREGUNTAS	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
428 ¿Cuánto tiempo le tomó, llegar desde su casa hasta el lugar donde tuvo el <u>último control</u> de (NOMBRE) ?	MINUTOS..... P428_1 HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE 9 99				
429 ¿Cuánto pagó usted por los costos de transporte para llegar de su casa al lugar donde tuvo el <u>último control</u> de (NOMBRE) ?	CANTIDAD EN GUARANIES P429_1 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA999999 NO TUVO QUE PAGAR000000				
430 ¿Cuánto tuvo que pagar Ud. en total por el <u>último control</u> , incluyendo medicamentos, honorarios del profesional que le atendió,hospitalización,etc.?	CANTIDAD EN GUARANIES P430_1 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA999999 NO TUVO QUE PAGAR000000				
431 Durante este embarazo, ¿Le vacunaron a Ud. contra el tétano (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)?	SI.....1 NO..... P431_1 2 NR.....9	SI.....1 NO..... P431_2 2 NR.....9	SI.....1 NO..... P431_3 2 NR.....9	SI.....1 NO..... P431_4 2 NR.....9	SI.....1 NO..... P431_5 2 NR.....9
432 ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE) ? ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO.....2 HOSPITAL DE CLINICAS.....3 CRUZ ROJA.....4 HOSPITAL IPS.....5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....6 CLINICA/MEDICO PRIVADO.....7 ARGENTINA/ BRASIL.....8- EN CASA CON OBSTETRA PROFESIONAL 9- EN CASA CON PARTERA CHAE.....10- EN CASA CON FAMILIARES.....11- PARTO SOLA.....12- EN CASA DE LA PARTERA.....13- OTRO.....20- NO SABE/NO RECUERDA.....99 CEPEP	P432_1 <input type="text"/> <input type="text"/> Código → Próxima columna	P432_2 <input type="text"/> <input type="text"/> Código → Próxima columna	P432_3 <input type="text"/> <input type="text"/> Código → Próxima columna	P432_4 <input type="text"/> <input type="text"/> Código → Próxima columna	P432_5 <input type="text"/> <input type="text"/> Código → 441
433 ¿Qué profesional le atendió?	MEDICO..... P433_1 OBST.PROFESIONAL...2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA.....4 OTRO.....8 NO SABE.....9	MEDICO..... P433_2 OBST.PROFESIONAL 2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA.....4 OTRO.....8 NO SABE.....9	MEDICO..... P433_3 OBST.PROFESIONAL...2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA.....4 OTRO.....8 NO SABE.....9	MEDICO..... P433_4 OBST.PROFESIONAL... 2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA..... 4 OTRO.....8 NO SABE.....9	MEDICO..... P433_5 OBST.PROFESIONAL ...2 ENFERMERA.....3 AUX.ENFERMERIA.....4 OTRO.....8 NO SABE.....9
434 ¿El parto de (NOMBRE) fue normal (vaginal) o por cesárea?	VAGINAL..... P434_1 CESAREA.....2	VAGINAL..... P434_2 CESAREA.....2	VAGINAL..... P434_3 CESAREA.....2	VAGINAL..... P434_4 CESAREA.....2	VAGINAL..... P434_5 CESAREA.....2

439	SI LA RESPUESTA A 432 = 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13 ---> PASE A 441 SI LA RESPUESTA A 432 = 1, 2, 5, 6, 7, 8, 20 o 99 ---> PASE A 440		
ENTREVISTADORA: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLAMENTE PARA EL ULTIMO NACIDO VIVO			
Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
440	¿Cuál es el nombre del lugar dónde tuvo el parto de (NOMBRE) y dónde queda?	NOMBRE: P440LUG DONDE QUEDA: P440DON	
441	¿Planeaba tener el parto de (NOMBRE) dónde tuvo? P441PLA	SI 1-- NO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9--	->444 ->444
442	¿Dónde planeaba tener usted el parto de (NOMBRE) ? P442DON	ESTABLECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD 1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL IPS 5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 6 CLINICA/MEDICO PRIVADO 7 EN CASA C/ OBSTETRA PROFESIONAL... 8 EN CASA CON PARTERA CHAE 9 EN CASA CON FAMILIARES 10 PARTO SOLA 11 EN CASA CON PARTERA 12 OTRO P442OT 20 NO SABE/NO RECUERDA 99	
443	¿Por qué no tuvo usted el parto de (NOMBRE) donde había planeado? P443NFUE	PORQUE AHI NO LE ATENDIERON 1 PORQUE DE AHI LE REFIRIERON A OTRO LUGAR 2 PORQUE ESTABA CERRADO 3 NO TUVO TIEMPO PARA LLEGAR 4 NO TUVO TRANSPORTE 5 LE PIDIERON MUCHA PLATA/ MUY CARO 6 SE MUDARON DE CASA 7 MIEDO DEL CENTRO DE SALUD 8 VIAJANDO 9 NO ESTABA LA OBSTETRA 10 FAMILIARES QUISO QUE TENGA OTRO LUGAR 11 CAMBIO DE MEDICO 12 PROBLEMA CON SEGUROS 13 OTRA RAZON P443OT 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 99	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
444	¿Este lugar donde usted tuvo el parto de (NOMBRE) es el lugar más cercano a su casa donde se ofrece atención de parto? P444CER	SI1--- NO 2 CASA20--- NO SABE 99---	->446 ->448 ->446
445	¿Por qué usted no eligió el lugar más cercano a su casa para tener el parto de (NOMBRE) ? P445NCER	PORQUE ES DE MALA CALIDAD..... 1 PORQUE ES MUY CARO..... 2 PORQUE NO ME RECIBIERON..... 3 TIENE SEGURO DE IPS..... 4 TIENE SEGURO PARTICULAR 5 DEBIA HACERSE CESAREA 6 TUVO COMPLICACIONES..... 7 CONFIABA EN LA PARTERA..... 8 OTRA RAZON P445OT 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 99	
446	¿Cuánto tiempo le tomó, llegar desde su casa hasta el lugar donde tuvo el parto de (NOMBRE) P446TIE	TIEMPO EN MINUTOS 1 <input type="text"/> TIEMPO EN HORA 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA.....9 99	
447	¿Cuánto pagó Ud. por los costos de transporte para llegar de su casa al lugar donde nació (NOMBRE) ? P447PAGO	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA.....999999 NO TUVO QUE PAGAR000000	
448	¿Cuánto tuvo que pagar Ud. en total por la atención del parto, incluyendo medicamentos, honorarios del profesional que le atendió,hospitalización,etc.? P448PAGO	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA.....9999999 NO TUVO QUE PAGAR..... 0000000	
449	¿Alguien distinto de su pareja le ayudó a cubrir los gastos medicos del parto de (NOMBRE) ? P449AYU	SI 1 NO 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	->451A ->451A
450	¿Quién pagó esa parte? (ENTREVISTADORA: PUEDE ENCERRAR MÁS DE UNA RESPUESTA) P450A P450B P450C P450D P450E P450F	a. UN PARIENTE1 b. UN AMIGO2 c. EMPLEADOR/PATRON3 d. SEGURO PRIVADO4 e. IPS5 f. PARTIDO POLITICO6 g. OTROS: P450OT8	
451	¿Cuánto pagó (pagaron) esa(s) otra(s) persona(s) por el parto? P451PAGO	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 9999999 NO GASTA NADA.....	

451A	ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1993 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR SEGUN DATOS DE PREGUNTAS 420 Y 421			
<u>ORDEN</u> ULTIMO 1 PENULTIMO 2 TERCERO ANTERIOR 3 CUARTO ANTERIOR 4 QUINTO ANTERIOR 5		<u>NOMBRE</u> _____ _____ _____ _____ _____		<u>ESTA VIVO</u> SI NO 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2

CUADRO PARA SELECCION DEL NIÑO A INVESTIGAR					
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

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
452	A. NUMERO DEL NIÑO SELECCIONADO: P452NRO B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO: P452VIV _____ C. ¿ESTA VIVO? SI 1 NO 2		
453	¿Después de que nació (NOMBRE), le llevó para control médico?	SI..... P453CON 1 NO..... 2----	-> 461
454	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE), le llevó al control por primera vez? P454TIE	DIAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 99 1 MES..... 2 MESES.....	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
455	¿Le llevó porque estaba enfermo o para un control de niño sano? P455SANO	ESTABA ENFERMO..... 1 PARA CONTROL NIÑO SANO 2 NO SABE/NO RECUERDA 9	
456	¿A dónde le llevó al control? P4556DON	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL IPS 5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL..... 6 CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 7 CONSULTORIO DR.PRIVADO 8 PARTERA 9 OTRO 20 (ESPECIFIQUE P4556OT) NO SABE/NO RECUERDA 99	
SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE VIVEN EN CORDILLERA, MISIONES, O CENTRAL			
457	FILTRO: RESIDENCIA ACTUAL P4557F	VIVE EN DEPTO. CORDILLERA (4), MISIONES (9), o CENTRAL (12)..... 1 VIVE EN OTRO DEPTO..... 2--	-->500 (PAGINA 25)
458	¿Cuánto tiempo le tomó, llegar desde su casa hasta el lugar donde se realizó el primer control post-natal de (NOMBRE)? P4558TIE	TIEMPO EN MINUTOS 1 <input type="text"/> TIEMPO EN HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 99	
459	¿Cuánto pagó Ud. por los costos de transporte para llegar de su casa al lugar donde se realizó el primer control post-natal de (NOMBRE)?	P459PAGO CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000	
460	¿Cuánto tuvo que pagar Ud. en total por el primer control post-natal, incluyendo medicamentos, honorarios del profesional que le atendió,hospitalización,etc.?	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000 P460PAGO	-- -->462 --
SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE VIVEN EN CORDILLERA, MISIONES, O CENTRAL			
461	FILTRO: RESIDENCIA ACTUAL P461F	VIVE EN DEPTO. CORDILLERA (4), MISIONES (9), o CENTRAL (12)..... 1 VIVE EN OTRO DEPTO..... 2--	-->500 (PAGINA 25)
462	VEA 452C: ¿ESTA VIVO (NOMBRE)? P462VIV	SI..... 1 NO..... 2----	-> 500 (PAGINA 25)
463	¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente? P463VUDV	SI..... 1 NO..... 2----	-> 500 (PAGINA 25)

**IV-B- CONDICIONES DE SALUD Y USO DE SERVICIOS MEDICOS EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS
PARA NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO 1993**

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA		
466	¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o molestias en las últimas 4 semanas? (LEALE UNO A UNO)	a. NARIZ TAPADA/ MOCO LIQUIDO..... P466A b. TOS P466B c. DOLOR DE GARGANTA..... P466C d. RONQUERA..... P466D e. DIFICULTAD PARA TRAGAR O ALIMENTARSE..... P466E f. DOLOR DE OIDOS O SECRECIONES DE OIDO..... P466F g. RESPIRACION RAPIDA..... P466G h. RESPIRACION DIFICIL..... P466H i. PECHO HUNDIDO..... P466I j. LABIOS AZULES O MORADOS..... P466J	SI	NO	NS/NR
467	¿Ha tenido (NOMBRE) alguna de estas enfermedades en las últimas 4 semanas (LEALE UNO A UNO)?	a. DIARREA..... P467A b. OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES..... P467B ESTOMACALES..... c. ENFERMEDADES DEL CORAZON..... P467C d. ACCIDENTES O ENVENENAMIENTO..... P467D e. PROBLEMAS DENTALES..... P467E f. ENFERMEDAD CRONICA (Diabetes, epilepsia, asma, etc.)..... P467F g. OTROS (Especifique): P467G P467OT	SI	NO	NS/NR
468	RESPONDEN <u>SI</u> A UNO O ALGUNOS SINTOMAS EN 466 Y RESPONDEN <u>NO</u> O NS/NR EN 467..... 1 RESPONDEN <u>NO</u> O NS/NR A UNA O ALGUNAS ENFERMEDADES EN 466, O RESPONDE <u>SI</u> EN 467..... 2 RESPONDEN <u>SI</u> A UNO O ALGUNOS SINTOMAS EN 466 Y RESPONDEN <u>SI</u> A UNO O ALGUNOS ENFERMEDADES EN 467..... 3 RESPONDEN <u>NO</u> O NS/NR A TODOS LOS SINTOMAS EN 466 Y <u>NO</u> O NS/NR A TODAS LAS ENFERMEDADES EN 467..... 4		---> PASE A 471 --->PASE A 469 --->PASE A 469 --->PASE A 496 (PAGINA 23)		

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA		
469	¿Cuál fue el problema o enfermedad más severo? <div>P469</div>	DIARREA.....1-- OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES/ESTOMACALES.....2-- ENFERMEDADES DEL CORAZON.....3-- ACCIDENTES O ENVENENAMIENTO.....4-- PROBLEMAS DENTALES5-- ENFERMEDAD CRONICA (Diabetes; epilepsia)6-- SINTOMAS RESPIRATORIOS (los de 466)7-- OTRO (VEA 467).....8--	--->470] --->471		
470	Durante la diarrea, ¿Ha tenido (NOMBRE) alguno de estos síntomas o molestias? (LEALE UNO A UNO)	a. MOCO Y/O SANGRE..... <div>P470A</div> b. PIEL RESECA Y/O ARRUGADA..... <div>P470B</div> c. OJOS HUNDIDOS Y SIN LAGRIMAS..... <div>P470C</div> d. LABIOS SECOS..... <div>P470D</div> e. VOMITOS..... <div>P470E</div> f. FONTANELA HUNDIDA (<1 año)..... <div>P470F</div>	SI 1 1 1 1 1 1	NO 2 2 2 2 2 2	NS/NR 9 9 9 9 9 9
471	<div>P471HAC</div> ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el problema de salud por primera vez?	SEMANAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>			
472	¿Por cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha sufrido del problema de salud?	DIAS 1 <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <div>P472CUAN</div>			
473	¿Cuándo estaba con el problema de salud (NOMBRE) ¿Obtuvo atención de salud fuera de la casa, en su casa, o no obtuvo atención ?	ATENCION FUERA DE LA CASA..... 1 ATENCION EN LA CASA.....2-- NO OBTUVO ATENCION 3-- <div>P473ATE</div>	-> 482 -> 487		
474	¿Cuál fue el primer lugar que visitó donde obtuvo atención para (NOMBRE) y dónde queda?	NOMBRE: <div>P474LUG</div> DONDE QUEDA: <div>P474DON</div>			
475	¿Cuánto tiempo le tomó llegar al lugar donde (NOMBRE) obtuvo esa atención?	MINUTOS <div>P475CUAN</div> 1 <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 99			
476	¿Cuánto le costó el transporte para llevar a (NOMBRE) a ese lugar? <div>P476PAGO</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA.....999999 NO TUVO QUE PAGAR.....000000			
477	¿Cuánto tiempo (NOMBRE) esperó para ser atendido en ese lugar? <div>P477CUAN</div>	MINUTOS 1 <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 9 99			

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
478	¿Por qué escogió Ud. ese lugar? <div>P478ESC</div>	DISTANCIA..... 1 REPUTACION 2 EXPERIENCIA PASADA 3 SUGERENCIA DE OTRA PERSONA 4 EN BUSQUEDA DE MEJOR CENTRO..... 5 PRECIO A PAGAR 6 DISPONIBILIDAD 7 TIENE SEGUROS 8 OTRO <div>P478OT</div> 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 99	
479	¿Cuántas visitas hizo Ud. con (NOMBRE) a ese lugar? (total de visitas no solo durante las cuatro semanas)	NUMERO <div>P479VIS</div> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 99	
480	¿Fue (NOMBRE) hospitalizado? <div>P480HOS</div>	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/ NO RECUERDA 9--	-->482 -->482
481	¿Por cuántos días estuvo hospitalizado?	1. DIAS <div>P481DIA</div> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
482	¿Quién le proporcionó a (NOMBRE) la atención médica? <div>P482PRO</div>	MEDICO(A)..... 1 FARMACEUTICO(A) 2 ENFERMERA 3 AUXIL. ENFERMERIA..... 4 CURANDERO(A)..... 5 ELLA MISMA <div>P482OT</div> 6-- OTRO 8 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 9	-->488
483	¿Cuánto pagó Ud. para la atención médica de (NOMBRE), incluyendo honorarios del profesional que le atendió, medicamentos, etc.? <div>P483PAGO</div>	CANTIDAD EN GUARANIES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 9999999 NO TUVO QUE PAGAR 0000000	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA										
484	<div>P484ALG</div> <div>¿Alguien distinto de su pareja le ayudó a cubrir los costos medicos totales?</div>	SI..... 1 NO.....2-- NO SABE/ NO RECUERDA9--	->488 ->488										
485	<div>¿Quién pagó esa parte?</div> <div>(ENTREVISTADORA: PUEDE ENCERRAR MÁS DE UNA RESPUESTA)</div>	a. UN PARIENTE <div>P485A</div> 1 b. UN AMIGO <div>P485B</div> 2 c. EMPLEADOR/PATRO <div>P485C</div> 3 d. SEGURO PRIVADO .. <div>P485D</div> 4 e. IPS..... <div>P485E</div> 5 f. OTROS: <div>P485F</div> 8 <div>P485OT</div>											
486	<div>¿Cuánto pagó (pagaron) esa(s) otra(s) persona(s) por la atención médica?</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NO SABE/ NO RECUERDA9999999-- NO GASTA NADA..... <div>P486</div>											<div>1</div> <div>></div> 488
487	<div>¿ Por qué no obtuvo atención para aliviarle?</div> <div>P487POR</div>	NO LO CONSIDERO NECESARIO 1 DEMASIADO LEJOS..... 2 SERVICIOS MALOS..... 3 POR DESCUIDO 4 FALTA DE DINERO..... 5 DEMASIADA OCUPADA..... 6 FALTA DE TRANSPORTE 7 NADIE PODIA CUIDAR A LOS NINOS..... 8 MARIDOS/PARIENTES NO LE PERMITIERON..... 9 OTRO <div>P487POR</div> 20 (ESPECIFIQUE <div>P487OT</div> NO SABE/NO RECUERDA 99											
488	<div>¿Compró medicinas para tratar el problema de (NOMBRE)?</div> <div>P488</div>	SI..... 1 NO.....2-- NO SABE/ NO RECUERDA9--	-->490 -->490										
489	<div>¿Cuánto pagó por los medicamentos ?</div> <div>P489PAGO</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR.....											

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
490	¿Quién cuidó/atendió a (NOMBRE) durante la enfermedad? <div>P490</div>	ELLA MISMA..... 1-- OTRA PERSONA..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9--	--->493 --->493
491	¿La persona perdió algún ingreso por cuidar/atender (NOMBRE)? <div>P491</div>	SI 1 NO 2-- NO SABE/ NO RECUERDA..... 9--	--->495 --->495
492	¿ Cuánto ingreso perdió? <div>P492</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 9999999 NO GASTA NADA.....	
493	¿ Ud. perdió algún ingreso por acompañar a (NOMBRE)? <div>P493</div>	SI 1 NO 2-- NO SABE/NO RECUERDA..... 9--	--->495 --->495
494	¿Cuánto ingreso perdió? <div>P494</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 9999999 NO GASTA NADA.....	
495	¿ Cómo ha cambiado el estado de salud de (NOMBRE) después del problema de salud? <div>P495</div>	NO HA CAMBIADO..... 1 HA MEJORADO 2 HA EMPEORADO 3 NO SABE 9	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
496	¿(NOMBRE) recibió alguna vacuna en los ultimos 6 meses? P496	SI 1 NO 2-- NO SABE 9--	-> 500 -> 500 (PAGINA 25)
497	¿Que vacunas recibió en los últimos 6 meses? (LEA LAS VACUNAS)	a. BCG P497A b. DPT P497B c. SABIN (POLIO) P497C d. SARAMPION P497D e. OTRO (ESPECIFIQUE) P497E P497OT	SI NO NS 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
498	¿ Dónde le llevó para la última vacuna que recibió? P498	ESTABLECIMIENTO DEL MSP 1 SANATORIO/HOSP.PRIVADO 2 HOSPITAL DE CLINICAS 3 CRUZ ROJA 4 HOSPITAL IPS 5 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 6 CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 7 CONSULTORIO DR.PRIVADO 8 PARTERA 9 CAMPAÑA VACUNACIÓN, AFUERA DE LA CASA 10 CAMPAÑA VACUNACIÓN, DENTRO DE LA CASA 11-- OTRO: 20 (ESPECIFIQUE) P498OT NO SABE/NO RECUERDA 99	--> 499b
499	¿Cuánto tiempo le tomó llegar desde su casa hasta el lugar donde recibió la vacuna? P499	TIEMPO EN MINUTOS 1 <input type="text"/> TIEMPO EN HORAS 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9 99	
499a	¿Cuánto le costó el transporte para llevar (NOMBRE) al lugar a donde recibió la vacuna?	P499A CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000	
499b	¿Cuánto tuvo que pagar en total por la vacuna incluyendo honorarios del profesional que le atendió, medicamentos, etc.?	P499B CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA								
499c	¿Quién le acompañó (NOMBRE) para obtener la vacuna? <div>P499C</div>	ELLA MISMA 1-- OTRA PERSONA 2 NO SABE 9--	--->499f --->499f								
499d	¿La persona perdió algún ingreso por acompañar a (NOMBRE)? <div>P499D</div>	SI 1 NO 2-- NO SABE 9--	--->499f --->499f								
499e	¿Cuánto ingreso perdió? <div>P499E</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NO SABE 9999999 NO TUVO QUE PAGAR NADA.....									
499f	¿Ud. perdió algún ingreso por acompañar a (NOMBRE)? <div>P499F</div>	SI 1 NO 2-- NO SABE/ NO RECUERDA 9--	--->500 --->500 (próxima página)								
499g	¿Cuánto ingreso perdió? <div>P499G</div>	CANTIDAD EN GUARANIES <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR NADA.....									

V. PLANIFICACION 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

METODO	500 Conoce o ha oído hablar de...? (SI NO HA OÍDO, PASE A SIGUIENTE METODO) SI NO		501 Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE METODO) SI NO		502 Usa actualmente? (últimos 30 días) SI NO	
1 Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2 P500PIL	1	P501PIL	1	P502PIL
2 DIU, espiral o T de Cobre	1	2 P500DIU	1	P501DIU	1	P502DIU
3 Condón o preservativo	1	2 P500CON	1	P501CON	1	P502CON
4 Inyección anticonceptiva	1	2 P500INY	1	P501INY	1	P502INY
5 Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/ovulos/ tabletas)	1	2 P500VAG	1	P501VAG	1	P502VAG
6 NORPLANT o implante	1	2 P500NOR	1	P501NOR	1	P502NOR
7 Esterilización femenina o ligadura	1	2 P500FEM	1	P501FEM	1	P502FEM
8 Vasectomía o esterilización masculina	1	2 P500MAS	1	P501MAS	1	P502MAS
9 Métodos Billings o moco cervical	1	2 P500BIL	1	P501BIL	1	P502BIL
10 Ritmo, calendario o control de la temperatura	1	2 P500RIT	1	P501RIT	1	P502RIT
11 Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	2 P500RET	1	P501RET	1	P502RET
12 Yuyos o hierbas	1	2 P500YUY	1	P501YUY	1	P502YUY

ENTREVISTADORA: SI EN 501-7 LA MUJER INDICA QUE HA USADO ESTERILIZACION (CODIGO 1), PONER TAMBIEN CODIGO 1 EN LA PREGUNTA 502-7 (USO ACTUAL)

503	<p>ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 501 Y 502 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE</p> <p>LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE..... 1 P503F -->526 (P. 30)</p> <p>LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS 2 -->515 (P. 28)</p> <p>LA ENTREVISTADA HA USADO METODOS PERO NO USA ACTUALMENTE..... 3 -->504</p>	
-----	--	--

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
504	<p>¿Cuál fue el último método que usó (Ud. o su pareja)?</p> <p>P504UMET</p>	<p>PASTILLAS.....1</p> <p>DIU/ESPIRAL/T DE COBRE2</p> <p>CONDON.....3</p> <p>INYECCION.....4</p> <p>METODOS VAGINALES5</p> <p>VASECTOMIA8</p> <p>METODO BILLINGS.....9----</p> <p>RITMO10----</p> <p>RETIRO11----</p> <p>YUYOS O HIERBAS.....12----</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA99----</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-> 507</p> <p>--> 508</p>
506	<p>¿Dónde obtuvo el último método que Ud. usó?</p> <p>P506DON</p>	<p>CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP.....1----</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....2----</p> <p>HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....3----</p> <p>HOSPITAL DE CLINICAS4----</p> <p>CRUZ ROJA5----</p> <p>HOSPITAL/CONSULTORIO IPS.....6----</p> <p>SANATORIO/HOSP.PRIVADO7----</p> <p>CLINICA O MEDICO PRIVADO8----</p> <p>PROMOTORA COMUNITARIA DEL CEPEP.....9----</p> <p>FARMACIA10----</p> <p>PARTERA.....11----</p> <p>IGLESIA.....12----</p> <p>MERCADO13----</p> <p>AMIGA/VECINA.....14----</p> <p>CURANDERO.....15----</p> <p>OTRO20----</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA99----</p>	<p>-> 508</p>
507	<p>¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?</p> <p>P507DON</p>	<p>CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP.....1</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO.....2</p> <p>HOSPITAL MILITAR O POLICIAL.....3</p> <p>HOSPITAL DE CLINICAS4</p> <p>CRUZ ROJA5</p> <p>HOSPITAL/CONSULTORIO IPS.....6</p> <p>SANATORIO/HOSP.PRIVADO7</p> <p>CLINICA O MEDICO PRIVADO8</p> <p>PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP9</p> <p>IGLESIA.....10</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO11</p> <p>AMIGA/VECINA/PARIENTE.....12</p> <p>EN LA FARMACIA.....13</p> <p>OTRO20</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA99</p>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
508	¿Porqué razón dejó de usarlo? <div>P508RAZ</div>	PARA EMBARAZARSE 1 NO HABIA EN EXISTENCIA 2 LE QUEDO LEJOS 3 NO TUVO DINERO PARA COMPRAR 4 TUVO EFECTOS COLATERALES 5 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 6 NO FUE EFICAZ/LE FALLO 7 EL COMPAÑERO SE OPUSO 8 DIFICULTAD DE USO 9 FATALISMO (NO VALE LA PENA) 10 DESCUIDO 11 SIN VIDA SEXUAL 12 RECOMENDACION MEDICA 13 MENOPAUSIA 14 MALA ATENCION 15 RAZONES RELIGIOSAS 16 OTRA: <div>P508OT</div> 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 99	
509	¿Cuál fue el primer método que Ud. usó? <div>P509MET</div>	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 ESTERILIZACION FEMENINA 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 YUYOS O HIERBAS 12 NO SABE/ NO RECUERDA 99	
510	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS <div>P510EDAD</div> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 99	
511	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía? <div>P511HIJO</div>	No. DE HIJOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 99	

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODOS PERO NO USAN ACTUALMENTE Y ENTREVISTADAS QUE NUNCA USARON ANTICONCEPTIVOS

515	VEA EN 300 (PÁGINA 5) SI ESTA EMBARAZADA <div>P515F</div>	EMBARAZADA.....1--- NO EMBARAZADA2 NO SABE/ NO RECUERDA.....9	->520
516	¿Cree Ud. que puede quedar embarazada? <div>P516EMB</div>	SI1--- NO2 NO SABE.....9---	->518 ->518
517	¿Cuál es la razón por la que cree que no puede quedar embarazada? <div>P517NEMB</div>	FUE OPERADA POR RAZONES MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS.....1---- MENOPAUSIA.....2---- YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO.....3---- SIN VIDA SEXUAL.....4---- AMAMANTAMIENTO/POSTPARTO.....5---- OTRA8---- (ESPECIFIQUE <div>P517OT</div>)	<div>> 600 (PAGINA 35)</div> -> 520 -> 520 -> 518
518	¿Porqué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente? <div>P518NUSA</div>	DESEA EMBARAZO1--- POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO...2--- SIN VIDA SEXUAL3--- FATALISMO (NO VALE LA PENA).....4--- MIEDO A EFECTOS COLATERALES...5 TUVO EFECTOS COLATERALES6 NO TIENE DINERO PARA COMPRAR ..7 FALTA DE CONOCIMIENTO DE METODOS8 LE QUEDA LEJOS.....9 RAZONES RELIGIOSAS10 EL COMPAÑERO SE OPONE.....11 POR EDAD AVANZADA12--- NO LE GUSTA13--- DIFICULTAD DE USO.....14 MALA ATENCION15 RAZONES DE SALUD16 OTRA20 (ESPECIFIQUE <div>P518OT</div>) NO SABE/ NO RESPONDE98	<div>> 520</div> -->600 (PAGINA 35) -->520
519	¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente? <div>P519USAR</div>	SI1--- NO2 NO SABE/NO RESPONDE9	->522
520	¿En el futuro le gustaría usar algún método? <div>P520USAR</div>	SI1 NO2--- NO SABE/NO RESPONDE9---	->600 (PAGINA 35) ->523

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
522	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)? P522CUAL	PASTILLAS..... 1 DIU..... 2 CONDON..... 3 INYECCION..... 4 METODOS VAGINALES..... 5 NORPLANT O IMPLANTE..... 6 ESTERILIZACION FEMENINA..... 7 VASECTOMIA..... 8 METODO DE BILLINGS..... 9 RITMO..... 10 RETIRO..... 11 YUYOS O HIERBAS..... 12 NO SABE..... 99	
523	¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos? P523DON	SI..... 1 NO..... 2----	-->600 (PAGINA 35)
524	¿A qué lugar iría? P524LUG	CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP..... 1 CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 2 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL..... 3 HOSPITAL DE CLINICAS..... 4 CRUZ ROJA..... 5 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS..... 6 SANATORIO/HOSP.PRIVADO..... 7 CLINICA O MEDICO PRIVADO..... 8 PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP..... 9 FARMACIA..... 10 PARTERA..... 11 IGLESIA..... 12 MERCADO..... 13 AMIGA/VECINA/PARIENTE..... 14 OTRO P524OT 20 (ESPECIFIQUE)	
525	¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? P525TIE	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9	 99

**PASE A 600
PAGINA 35**

SOLO PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
526	ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO QUE USA (VEA 502). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO Y PONGA EL CODIGO DEL SEGUNDO METODO EN 527, Y VUELVA A LAS INSTRUCCIONES DE 526. <div style="text-align: right;">P526F</div>	PASTILLAS 1---- DIU 2---- CONDON..... 3---- INYECCION..... 4---- METODOS VAGINALES 5---- NORPLANT O IMPLANTE 6---- ESTERILIZACION FEMENINA..... 7---- VASECTOMIA 8---- METODO DE BILLINGS..... 9---- RITMO..... 10---- RETIRO 11---- YUYOS O HIERBAS..... 12----	 } > 533 -> 528 -> 528 } > 532] --->533
527	SEGUNDO MÉTODO <div style="text-align: right;">P527</div>	PASTILLAS1 DIU2 CONDON.....3 INYECCION.....4 METODOS VAGINALES5 NORPLANT O IMPLANTE6 ESTERILIZACION FEMENINA.....7 VASECTOMIA8 METODO DE BILLINGS.....9 RITMO10 RETIRO11 YUYOS O HIERBAS.....12	
528	¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)? <div style="text-align: right;">P528MES</div>	MES [][] AÑO [][] NO SABE/NO RECUERDA 99 <div style="text-align: right;">P528ANO</div>	
529	¿Qué edad tenía cuando le operaron (a Ud. o a él)? <div style="text-align: right;">P529EDAD</div>	EDAD EN AÑOS [][] NO SABE/NO RECUERDA 99 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div>	
530	¿En qué lugar le hicieron la operación? <div style="text-align: right;">P530LUG</div>	CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 1---- CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 2---- HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 3---- HOSPITAL DE CLINICAS 4---- CRUZ ROJA 5---- HOSPITAL/CLINICA DE IPS 6---- SANATORIO/HOSP.PRIVADO 7---- CLINICA O MEDICO PRIVADO 8---- BRASIL..... 9---- ARGENTINA..... 10---- OTRO LUGAR 20---- (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 99----	} > 541 (PAGINA 32)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
532	¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)? P532DON	CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP1 CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO2 HOSPITAL MILITAR O POLICIAL3 HOSPITAL DE CLINICAS4 CRUZ ROJA5 HOSPITAL/CONSULTORIO IPS6 SANATORIO/HOSP.PRIVADO7 CLINICA O MEDICO PRIVADO8 PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP9 IGLESIA10 ESPOSO/COMPAÑERO11 AMIGA/VECINA/PARIENTE12 COLEGIO/ESCUELA/FACULTAD13 OTRO P532OT20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA98	

PASE A 544
(PAGINA 33)

533	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa? P533DON	CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 1-- CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO 2-- HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 3-- HOSPITAL DE CLINICAS 4-- CRUZ ROJA 5-- HOSPITAL/CONSULTORIO IPS 6-- SANATORIO/HOSP.PRIVADO 7-- CLINICA O MEDICO PRIVADO 8-- PROMOTORA COMUNITARIA-CEPEP 9-- FARMACIA 10-- PARTERA 11-- IGLESIA 12-- MERCADO 13-- AMIGA/VECINA/PARIENTE 14-- CURANDERO 15-- BRASIL 16-- ARGENTINA 17-- MACATERO(AMBULANTE) 18-- OTRO P533OT 20-- (ESPECIFIQUE) PAREJA/MARIDO 21-- PATIO DE SU CASA 22-- NO SABE 99--	--> 534 --> 534 --> 538 --> 534 --> 538 --> 534 --> 540 --> 534 --> 540 --> 545 --> 540
-----	---	---	---

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
534	¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido? P534TIE	MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORAS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/ NO RECUERDA 9 99	
535	¿Recibió consejos e información sobre diferentes opciones de anticonceptivos? P535	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 9	
536	¿La clinica (centro, puesto) estaba limpio y confortable? P536	SI..... 1 NO 2 NO RECUERDA 9	
537	¿Siente que tuvo privacidad adecuada? P537	SI..... 1 NO 2 MÁS O MENOS 3 NO SABE 9	
538	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? P538TIE	MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORAS 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/ NO RECUERDA 9 99	
539	¿Cuánto le costó el transporte al lugar de destino, la última vez que compró el método? P539	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000	
540	¿Cuánto pagó Ud. (o su pareja) por el método la última vez que compraron? P540	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/ NO RECUERDA 999999 NO TUVO QUE PAGAR 000000	
541	¿Alguien distinto de su pareja le ayudó a cubrir los costos medicos totales? P541	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE 9--	--->544 --->544

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
549	¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?	FALTA DE DINERO..... 1 ES MAS PRACTICO PARA ELLA 2 ES MAS BARATO 3 SIN DIFICULTAD DE USO 4 RECOMENDACION MEDICA 5 RECOMENDACION (AMIGA/PARIENTE)..... 6 RAZONES RELIGIOSAS..... 7 FALTA DE TIEMPO..... 8 PROTECCION DEL SIDA 9 ES DEFINITIVO..... 10 PIENSA QUE HACE DAÑO A LA SALUD/EFFECTOS COLATERALES/ RAZONES DE SALUD 11 NO QUIERE MAS HIJOS 12 ES MAS SEGURO..... 13 DESCANSO 14 LACTANDO/POS-PARTO..... 15 MENSTRUACION IRREGULAR..... 16 NO CONFIA EN LOS CENTROS DE SALUD .. 17 ESTA PROBANDO 18 MIEDO..... 19 PAREJA NO QUIERE..... 21 TIENE PROBLEMAS DE SALUD 22 DESCUIDO/FALTA DE DECISION 23 DISPONIBILIDAD 24 FALTA DE ORIENTACION/CONSULTA CON EL MEDICO..... 25 MARIDO NO ESTA DE ACUERDO..... 26 LIGADURA DESPUES PROXIMO PARTO..... 27 OTRO 20 (ESPECIFIQUE) P549OT NO SABE..... 99	
550	¿Cuál fue el primer método que Ud. o su pareja usó?	PASTILLAS 1 DIU 2 CONDON..... 3 INYECCION..... 4 METODOS VAGINALES 5 ESTERILIZACION FEMENINA..... 7 VASECTOMIA 8 METODO DE BILLINGS..... 9 RITMO 10 RETIRO 11 YUYOS O HIERBAS..... 12 NO SABE/ NO RECUERDA 99	
551	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD EN AÑOS..... P551EDA <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 99	
552	Cuando Ud. comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?	N° DE HIJOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA 99	

VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
600	<p>ENTREVISTADORA: VEA 502 CODIGO 7 U 8 (PÁGINA 25)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>ESTERILIZADA</p> <p>1</p> <p>└──┘</p> <p>PASE A 603</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO ESTERILIZADA</p> <p>2</p> <p>└──┘</p> <p>PASE A 601</p> </div> </div>	P600F	
601	<p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro VEA 300 (PAGINA 5):</p> <p>NO EMBARAZADA O NO SABE</p> <p>¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?</p> <p>EMBARAZADA</p> <p>¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P601DES</div> <p>QUIERE HIJO 1</p> <p>NO QUIERE MAS HIJOS 2----</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 3----</p> <p>INDECISA O NO SABE 9----</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="margin-left: 5px;">-> 608</div> </div>
602	<p>NO EMBARAZADA O NO SABE</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo?</p> <p>EMBARAZADA</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que está esperando, antes de tener otro hijo?</p>	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P602TIE</div> <p>MESES 1 └┘└┘</p> <p>AÑOS..... 2 └┘└┘</p> <p>PRONTO/AHORA..... 9 90--</p> <p>MENOPAUSICA (ESTERIL)..... 9 94--</p> <p>OTRO _____ 9 96--</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 9 99--</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="margin-left: 5px;">-> 608</div> </div>
603	<p>¿Siente usted que se haya operado para no tener (más) hijos?</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; float: right;">P603LAM</div>	<p>SI..... 1</p> <p>NO 2----</p>	->605
604	<p>¿Por qué lo siente?</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; float: right;">P604RAZ</div>	<p>MUJER QUIERE OTRO NIÑO 1----</p> <p>ESPOSO QUIERE OTRO NIÑO 2----</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS 3----</p> <p>OTRO _____ 8----</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="margin-left: 5px;">->608</div> </div>
605	<p>Dadas las presentes circunstancias, si tuviera que hacerlo de nuevo, ¿cree usted que volvería a tomar la misma decisión de esterilizarse?</p>	<p>SI..... 1----</p> <p>NO 2----</p> <p>NO SABE 9----</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; float: right;">P605OPER</div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="margin-left: 5px;">->608</div> </div>

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
608	VEA 317 (PAGINA 7) 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? NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían? ANOTE NUMERO U OTRA RESPUESTA	P608IDHI NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA P608IOT 20 (ESPECIFIQUE) NUNCA PENSÓ 90 QUE DIOS QUIERA 95 NO SABE 99	
609	VEA 600 SI LA MUJER ESTA ESTERILIZADA P609F	SI..... 1--- NO 2	--> 700 (PÁGINA 38)
610	VEA 601 Y COPIE LA RESPUESTA P610F	QUIERE HIJO 1---- NO QUIERE MAS HIJOS 2 MENOPAUSICA 3---- INDECISA O NO SABE 4----	--> 700 (PÁGINA 38) --> 700 --> 700
611	¿Por qué no desea tener más hijos? P611DES	PROBLEMAS ECONOMICOS 1 POR RAZONES DE SALUD 2 YA TIENE SUFICIENTES HIJOS..... 3 SE SIENTE VIEJA 4 SU TRABAJO NO LE PERMITE 5 NO PUEDE ATENDER LOS HIJOS..... 6 INESTABILIDAD CONYUGAL 7 OTRO..... 20 (ESPECIFIQUE) P611OT NO SABE 99	
612	¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos? P612OPER	SI..... 1 NO 2--- NO SABE/ NO RECUERDA 9---	--> 614 --> 700 (PÁGINA 38)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
613	¿Señora, ya tiene todos los hijos que desea y tiene interés en operarse, porqué no ha ido a operarse?	<p> MIEDO A LA OPERACION1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO3 COSTO MUY ELEVADO4 RECHAZO DEL MEDICO5 BARRERAS INSTITUCIONALES6 NO TIENE TIEMPO7 RAZONES RELIGIOSAS8 NO LE GUSTA9 CERCA DE LA MENOPAUSIA10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES11 COMPAÑERO SE OPONE12 SIN VIDA SEXUAL13 ES TODAVIA MUY JOVEN14 NUNCA PENSO EN ELLO15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES17 NO SABE DONDE SE HACE18 OTRO20 (ESPECIFIQUE) NO SABE99 </p>	

P613RAZ

P613OT

PASE A 700
(PRÓXIMA PAG)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
614	¿Porqué no estaría Ud. interesada en operarse?	<p> MIEDO A LA OPERACION 1 MIEDO A EFECTOS COLATERALES 2 INTENCION DE REALIZARSE POSTPARTO 3 COSTO MUY ELEVADO 4 RECHAZO DEL MEDICO 5 BARRERAS INSTITUCIONALES 6 NO TIENE TIEMPO 7 RAZONES RELIGIOSAS 8 NO LE GUSTA 9 CERCA DE LA MENOPAUSIA 10 PREFIERE METODOS REVERSIBLES 11 COMPAÑERO SE OPONE 12 SIN VIDA SEXUAL 13 ES TODAVIA MUY JOVEN 14 NUNCA PENSO EN ELLO 15 NECESITA MAYOR INFORMACION SOBRE ESTE METODO 16 TIENE MIEDO A ARREPENTIRSE DESPUES 17 OTRO 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE 99 </p>	

P614RAZ

P614OT

VII. ADULTAS JOVENES

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
700	ENTREVISTADORA: VEA 201 (PÁGINA 3) SI LA ENTREVISTADA TIENE ACTUALMENTE	15-24 AÑOS1 25-44 AÑOS2--- P700F	--> 800 (PAG. 44)
701	P701EDU ¿Has asistido a alguna lección, curso, charla sobre educación sexual en la escuela o colegio?	SI1 NO2 – NO SABE/NO RECUERDA9 –	└─>705
702	¿Que edad tenías cuando recibiste el primer curso? (Si no recuerda, sondear edad)	P702EDA EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 99	
703	¿En qué grado o año estabas cuando recibiste ese primer curso, charla o lección?	P703NIV P703GRA NIVELGRADO PRIMARIO 11 2 3 4 5 6 SECUNDARIO 21 2 3 4 5 6 FORMAC.DOCENTE.31 2 3 4 5 6 SUPERIOR 41 2 3 4 5 6+ NO RECUERDA 99	
704	¿En esa lección, curso o charla se comentó algo sobre: P704A (LEA ALTERNATIVAS) P704B P704C P704D P704E P704F P704G P704H P704I	SI NO NS	
		a. DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (cambios externos del cuerpo) 1 2 8 b. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO1 2 8 c. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO 1 2 8 d. MENSTRUACION O REGLA 1 2 8 e. EMBARAZO Y EL PARTO 1 2 8 f. RELACIONES SEXUALES 1 2 8 g. ENFERMEDADES VENEREAS 1 2 8 h. METODOS ANTICONCEPTIVOS 1 2 8 i. EL SIDA 1 2 8	
705	P705CUR ¿Has participado en un curso o charla sobre educación sexual fuera de la escuela/colegio?	- SI1 - NO2 --- - NO SABE/ NO RECUERDA9 ---	└─>709
706	¿Qué institución lo dió? (SI MAS DE UNO, EL PRIMERO) P706NOM	ONG1 IGLESIA2 MSP3 INSTIT. EDUCATIVAS4 INSTIT./PROFESIONAL DE SALUD5 CEPEP6 SECRETARIA DE JUVENTUD7 MUNICIPALIDAD8 OTRO: P706NOM20 NO SABE/NO RECUERDA99	
707	P707EDA ¿Qué edad tenías cuando participaste la primera vez?	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA 99	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
708	¿En ese encuentro, curso o charla se comentó algo sobre: P708A (LEA ALTERNATIVAS) P708B P708C P708D P708E P708F P708G P708H P708I	SI NO NS a. DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD (cambios externos del cuerpo) 1 2 8 b. APARAT. REPRODUCTOR FEMENINO..... 1 2 8 c. APARAT. REPRODUCTOR MASCULINO 1 2 8 d. MENSTRUACION O REGLA..... 1 2 8 e. EMBARAZO Y EL PARTO 1 2 8 f. RELACIONES SEXUALES..... 1 2 8 g. ENFERMEDADES VENEREAS 1 2 8 h. METODOS ANTICONCEPTIVOS 1 2 8 i. EL SIDA..... 1 2 8	

AHORA VAMOS A HABLAR DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES. ESTO ES QUE SE TRANSMITEN A TRAVES DE LAS RELACIONES SEXUALES.

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
709	Conoces o has oído hablar de: (LEA ALTERNATIVAS) P709SIF P709GON P709SIDA P709FLUJ	SI NO NS a. SIFILIS.....1 2 8 b. GONORREA1 2 8 c. SIDA1 2 8 d. FLUJO VAGINAL1 2 8	

AHORA NOS GUSTARIA HACERTE ALGUNAS PREGUNTAS PERSONALES Y QUE SON DE MUCHA IMPORTANCIA PARA NUESTRO ESTUDIO

710	¿En qué mes y año tuviste tu primera relación sexual?	P710MES P710ANO MES ANO ____ NUNCA HA TENIDO 2222---- NO RECUERDA 9999	--> 729 (PÁGINA 43)
711	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	P711EDA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... ____ NO SABE/NO RECUERDA..... 99	
712	¿Qué edad tenía la persona con quién tuviste esa relación?	P712EDA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... ____ NO SABE/NO RECUERDA..... 99	
713	¿Cuál era la relación con esa persona en esa época?	P713REL ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 NOVIO 2 AMIGO 3 PARIENTE..... 4 EXTRAÑO/RECIENTE CONOCIDO..... 5 VIOLACION 6--- OTRO 20 (ESPECIFIQUE) P713OT	--> 721 (PÁGINA 42)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
714	¿Cuánto tiempo hacía que conocías a esa persona con la que tuviste tu primera relación sexual? P714TIE	MESES 1 _ _ _ AÑOS 2 _ _ _ NO SABE/ NO RECUERDA..... 9 99	
715	¿Habías asistido a algún curso, charla o conferencia sobre educación sexual antes de tu primera relación sexual? P715EDU	SI 1 NO 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 9 --	-->721
716	¿Usaste o usó la persona con la que tuviste tu primera relación sexual algún método para evitar tener hijos? P716MET	SI 1-- NO 2 NO RECUERDA/NO SABE 9--	→ 718 --> 721
717	¿Por qué no usaron algún método para evitar tener hijos en esa primera relación? P717NUSO	NO ESPERABA TENER RELACIONES 1 --- NO CONOCIA NINGUN METODO 2 --- LOS ANTICONCEPTIVOS HACEN MAL A LA SALUD 3 --- QUERIA TENER UN HIJO 4 --- RELACIONES NO SATISFACTORIAS CUANDO SE USAN ANTICONCEPTIVOS 5 --- QUERIA USAR PERO NO CONSIGUIO 6 --- OPOSICION DE LA PAREJA..... 7 --- PENSABA QUE NO PODIA EMBARAZARSE 8-- NO TENIA DINERO 9 --- FUE UNA RELACION HOMOSEXUAL 10 --- LE DABA VERGUENZA COMPRARLO 11 --- - ES RESPONSABILIDAD DE SU PAREJA..... 12 --- OTRO P717OT 20 --- (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA..... 99 ---	→ 721

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
718	<p>¿Cuál fue el método que usaste tú o tu pareja en tu primera relación sexual?</p> <p>P718PMET</p>	<p>PASTILLAS 1</p> <p>DIU/ESPIRAL/T DE COBRE 2</p> <p>CONDON 3</p> <p>INYECCION 4</p> <p>METODOS VAGINALES 5</p> <p>VASECTOMIA 8</p> <p>METODO BILLINGS 9</p> <p>RITMO 10</p> <p>RETIRO 11</p> <p>YUYOS O HIERBAS 12</p> <p>OTRO P718OT 20</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECUERDA 99</p>	
719	<p>¿Quién te orientó en el uso de ese método (cómo supo sobre ese método)?</p> <p>P719USO</p>	<p>COMPAÑERO(A)/MARIDO/NOVIO 1</p> <p>MEDICO 2</p> <p>ENFERMERO 3</p> <p>FARMACEUTICO 4</p> <p>PADRES/PARIENTE 5</p> <p>AMIGO(A) 6</p> <p>PROFESOR 7</p> <p>CURSOS MATRIMONIALES 8</p> <p>LIBROS/REVISTAS 9</p> <p>ELLA MISMA 10</p> <p>OTRO P719OT 20</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA 99</p>	
720	<p>¿Donde tú o tu pareja consiguió ese primer método?</p> <p>(EN CASO DE USAR UN METODO TRADICIONAL (RITMO, RETIRO, O BILLINGS) PREGUNTAR DONDE RECIBIO ORIENTACION O QUIEN LA ORIENTO)</p> <p>P720DON</p>	<p>CLINICA DE LA FAMILIA-CEPEP 1</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO 2</p> <p>HOSPITAL MILITAR O POLICIAL 3</p> <p>HOSPITAL DE CLINICAS 4</p> <p>CRUZ ROJA 5</p> <p>HOSPITAL/CONSULTORIO IPS 6</p> <p>SANATORIO/HOSP. PRIVADO 7</p> <p>CLINICA O MEDICO PRIVADO 8</p> <p>PROMOTORA COMUNITARIA/CEPEP 9</p> <p>FARMACIA 10</p> <p>PARTERA 11</p> <p>IGLESIA 12</p> <p>MERCADO 13</p> <p>AMIGA/VECINA/PARIENTE 14</p> <p>COLEGIO/UNIVERSIDAD 15</p> <p>OTRO P720OT 20</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>PATIO/CASA/CAMPO 21</p> <p>PAREJA/MARIDO 22</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA 99</p>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
721	¿En tu opinión cuál es el método más apropiado para los jóvenes de tu edad? P721USO	PASTILLAS 1 DIU/ESPIRAL/T DE COBRE 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 VASECTOMIA 8 METODO BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 YUYOS O HIERBAS 12 OTRO P721OT 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE 99	
722	¿Según tu opinión quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivos: el hombre o la mujer? P722INI	EL HOMBRE 1 LA MUJER 2 LOS DOS JUNTOS 3 CUALQUIERA DE LOS DOS 4 DEPENDE DE LAS CIRCUNSTANCIAS... 5 NINGUNO DE LOS DOS 6 NO SABE 9	
723	¿Tuviste relaciones sexuales en las últimas 4 semanas? P723RSEX	SI 1 -- NO 2 NO RESPONDE 9	-> 725
724	¿Y en los últimos 3 meses? P724RSEX	SI 1-- NO 2-- NO RESPONDE/ NO RECUERDA 9--	-->726 J > 729
725	¿Cuántas veces has tenido relaciones en las últimas 4 semanas? P725VEC	N <input type="checkbox"/> DE VECES <input type="checkbox"/> NO RESPONDE 98 NO SABE/ NO RECUERDA 99	
726	¿Qué relación tenía contigo la persona con la que tuviste tu última relación? P726REL	ESPOSO/COMPAÑERO 1 EX-ESPOSO/COMPAÑERO 2 NOVIO 3 AMIGO 4 PARIENTE 5 EXTRAÑO/RECIEN CONOCIDO 6 VIOLACION 7-- OTRO P726OT 20 (ESPECIFIQUE P726OT)	--> 729
727	¿Utilizaste o utilizó tu pareja algún método para evitar hijos la última vez? P727MET	SI 1 NO 2-- NO HA TENIDO OTRA RELACION 3-- NO SABE/ NO RECUERDA 9--	}>729

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
728	¿Qué método usaron? P728MET	PASTILLAS 1 DIU/ESPIRAL/T DE COBRE 2 CONDON 3 INYECCION 4 METODOS VAGINALES 5 NORPLANT/ IMPLANTE 6 ESTERILIZACION FEMININA 7 VASECTOMIA 8 METODO BILLINGS 9 RITMO 10 RETIRO 11 YUYOS O HIERBAS 12 OTRO P728OT 20 (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RECUERDA 99	
729	¿Cuántos años tenías cuando te llegó la menstruación por primera vez? P729	EDAD 1ra. MENSTRUACION <input type="text"/> NO HA MENSTRUADO 97 -- NO SABE/ NO RECUERDA 99	→731
730	¿Cuando eso sucedió tú ya sabías lo que era la menstruación? P730	SI 1 NO 2 NO RECUERDA 9	
731	¿Quién fué la primera persona que te explicó lo que era la menstruación? P731	PADRE Y MADRE 1 PADRE 2 MADRE 3 HERMANO MAYOR 4 HERMANA MAYOR 5 OTRO PARIENTE 6 AMIGO 7 AMIGA 8 PROFESOR(A) 9 RELIGIOSO(A), MONJA, ETC 10 ENCARGADA 11 NUNCA LE EXPLICARON 12 OTRO P731OT 20 (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA 99	
732	¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales? P732RSEX	SI 1 NO 2 NO SABE 9	
733	¿Es preferible que la mujer llegue virgen al matrimonio? P733VIR	SI 1 NO 2 NO SABE 9	
734	¿Es el hombre quien decide los hijos que debe tener la pareja? P734HIJ	SI 1 NO 2 NO SABE 9	

**PASE A
802**

VIII. ACTIVIDAD SEXUAL Y NUPCIALIDAD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
800	¿Ha tenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas? P800RL	SI 1 NO2----	--> 802
801	¿Cuántas veces? P801NRL	No. DE VECES NO RESPONDE..... 98 NO SABE/ NO RECUERDA..... 99	
802	¿Cuándo empezó su última menstruación? P802TIE	DIAS ATRAS1 SEMANAS ATRAS.....2 MESES ATRAS.....3 AÑOS ATRAS4 ANTES DEL ULTIMO NACIMIENTO O DEL EMBARAZO ACTUAL 994 NUNCA MENSTRUO 995 EN MENOPAUSIA 996 NO RECUERDA..... 999	
803	¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual? (ENTREGUELE LA TARJETA) P803CIC	UNA SEMANA ANTES QUE LA MENSTRUACION COMIENCE 1 DURANTE LA MENSTRUACION 2 UNA SEMANA DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENCE 3 DOS SEMANAS DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENCE 4 TRES SEMANAS DESPUES QUE LA MENSTRUACION COMIENCE 5 NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL..... 6 NO SABE 9	
804	¿Es Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera? P804EC	UNIDA 1---- CASADA 2---- VIUDA 3---- SEPARADA..... 4---- DIVORCIADA..... 5---- SOLTERA 6]-> 806
805	¿Ha estado Ud. casada o unida alguna vez? P805CU	SI 1 NO 2----	-> 900 (P. 46)
806	¿En qué mes y año se casó/unió Ud. por primera vez? P806MES P806ANO	MES AÑO NO SABE/NO RECUERDA 99	
807	¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que se casó o unió? P807EDA	EDAD EN AÑOS NO SABE/NO RECUERDA 99	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
808	ENTREVISTADORA: VEA 804 P808F	ACTUALMENTE CASADA O UNIDA 1 OTRO ESTADO 2---- SOLTERA 3----	1 > 900
809	¿Cuál fue el grado más alto que su esposo o compañero aprobó y en qué nivel de estudios? P809NIV	P809GRA NIVEL GRADO NINGUNO 0 0 PRIMARIO 1 1 2 3 4 5 6 9 SECUNDARIO 2 1 2 3 4 5 6 9 FORMAC.DOCENTE 3 1 2 3 4 5 6 9 SUPERIOR 4 1 2 3 4 5 6+ 9 NO SABE 9 9	
810	¿Trabaja su esposo o compañero actualmente en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma? P810TRA	SI 1 NO 2--	--> 812
811	¿En ese trabajo se desempeña como: (LEA LAS ALTERNATIVAS) P811TIP	EMPLEADO/TRABAJADOR POR SUELDO O SALARIO 1- JORNALERO 2- PATRON O EMPLEADOR..... 3- POR CUENTA PROPIA 4- FAMILIAR CON REMUNERACION 5- FAMILIAR SIN REMUNERACION 6- OTRO: P811OT 8- (ESPECIFIQUE) NO SABE 9-	→ 814
812	¿Su esposo o compañero buscó trabajo en la última semana? P812BUS	SI 1--- NO 2 NO SABE 9---	-->814 --> 814
813	¿Por qué su esposo o compañero no trabaja ni busca trabajo? P813NO	INCAPACIDAD FISICA 1 NO NECESITA TRABAJAR 2 AYUDA EN LA CASA 3 NO LE GUSTA TRABAJAR 4 CANSADO DE BUSCAR TRABAJO..... 5 PROBLEMAS DE SALUD 6 INTERFIERE ESTUDIOS 7 JUBILADO 8 OTRO 20 (ESPECIFIQUE P813OT) NO SABE 99	
814	¿Ha conversado alguna vez con su esposo o compañero sobre el número de hijos que les gustaría tener? P814HIJ	SI 1 NO 2	
815	¿Cree Ud. que su esposo o compañero quiere el mismo número de hijos que Ud., el quiere más o quiere menos hijos de los que Ud. quiere tener? P815QUE	MISMO NUMERO DE HIJOS 1 MAS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 9	

IX. VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
900	¿Qué parentesco o relación tiene Ud. con el jefe del hogar? <div>P900PAR</div>	ELLA ES JEFE DEL HOGAR 1 ESPOSA O COMPAÑERA 2 HIJA 3 HERMANA 4 OTRO PARIENTE 5 OTRO NO PARIENTE 6 EMPLEADA DOMESTICA 7 OTRO: <div>P900OT</div> 8 (ESPECIFIQUE)	
901	¿Es esta vivienda propia, alquilada, cedida, prestada, u ocupa este hogar bajo otra condición? <div>P901PRO</div>	PROPIA 1 ARRENDADA/ALQUILADA 2 GRATUITA O POR SERVICIO 3 OTRA: 8 (ESPECIFIQUE) <div>P901OT</div>	
902	¿De cuántas piezas dispone su vivienda para dormir? <div>P902DOR</div>	NUMERO DE DORMITORIOS..... <input type="text"/>	
903	¿Cuál es el principal combustible o energía que utilizan para cocinar? <div>P903COC</div>	GAS 1 CARBON 2 LEÑA 3 ELECTRICIDAD 4 KEROLEN,ALCOHOL,ETC..... 5 NO COCINAN 6 OTRA: <div>P903OT</div> 8 (ESPECIFIQUE)	
904	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para uso doméstico? <div>P904H2O</div>	AGUA DE TUBERIA EN LA CASA..... 1 AGUA DE TUBERIA EN EL PATIO O LOTE..... 2 CANILLA PUBLICA 3 POZO CON BOMBA DE MANO..... 4 POZO CON BOMBA ELECTRICA 5 POZO SIN BOMBA DE MANO..... 6 RIO,MANANTIAL,AGUA DE SUPERFICIE 7 CAMION,TANQUE,OTRO VENDEDOR 8 ALJIBE 9 OTRA: <div>P904OT</div> 8 (ESPECIFIQUE) NO SABE 99	
905	¿Qué tipo de servicio sanitario/baño tiene este hogar? <div>P905SSH</div>	BAÑO MODERNO CONECTADO A RED PUBLICA 1 BAÑO MODERNO CON POZO CIEGO 2 LETRINA TIPO MUNICIPAL 3 LETRINA COMUN 4 OTRA: 8 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
906	¿Tiene en su hogar? LEALE UNA A UNA P906ELE P906TEL P906RAD P906VID P906TV P906HEL P906LAV	SI NO a. ENERGIA ELECTRICA.....1 2 b. TELEFONO1 2 c. RADIO1 2 d. VIDEO1 2 e. TELEVISOR1 2 f. HELADERA1 2 g. LAVARROPA1 2	
907	¿Algún miembro de su vivienda tiene?: LEALE UNA A UNA P907CAR P907MOT	SI NO a. AUTO PARTICULAR.....1 2 b. MOTOCICLETA1 2	

SOLO PARA LAS ENTREVISTADAS QUE VIVEN EN LOS DEPARTAMENTOS DE MISIONES, CENTRAL, Y CORDILLERA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
908	FILTRO: RESIDENCIA ACTUAL P908F	VIVE EN DEPTO. CORDILLERA (4), MISIONES (9), o CENTRAL (12)..... 1 VIVE EN OTRO DEPTO2---	--->1200 (PÁGINA 57)
909	¿Cuántos son los ingresos mensuales totales del hogar? P909	CANTIDAD EN GUARANIES [] NO SABE..... 9999999 NO GASTA NADA.....	
910	¿Cuántos son los gastos mensuales totales del hogar? P910	CANTIDAD EN GUARANIES [] NO SABE..... 99999999 NO GASTA NADA.....	
911	¿Cuántos son los gastos semanales en alimentos y bebidas? P911	CANTIDAD EN GUARANIES [] NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999 NO GASTA NADA.....	
912	¿Cuántos son los gastos semanales en transporte público? P912	CANTIDAD EN GUARANIES [] NO GASTA NADA..... 0000000 NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
913	VEA 903 P913	USAN CARBON (2)/LEÑA (3)..... 1 NO USAN CARBON/LEÑA 2---	--->915
914	¿Cuántos son los gastos semanales en leña/carbon? P914	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTA NADA..... 0000000 NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999	
915	¿Cuántos son los gastos mensuales en el combustible o energía que utiliza para cocinar? P915	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTA NADA..... 0000000 NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999	
916	VEA 907 P916	TIENE AUTO o MOTOCICLETA..... 1 NO TIENE AUTO o MOTOCICLETA 2---	--->921
917	¿Cuántos son los gastos semanales en gasolina? P917	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTA NADA..... 0000000 NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999	
918	¿Cuánto ha gastado en mantenimiento del vehiculo en el último año? P918	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTÓ NADA 0000000 NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999	
919	¿Ha comprado algún miembro del hogar un vehiculo en los últimos 12 meses? P919	SI 1 NO 2---	--->921
920	¿Cuánto le costó en los últimos 12 meses? P920	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 9999999 NO GASTA NADA.....	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
921	VEA 906a. P921	TIENE ENERGIA ELECTRICA 1 NO TIENE ENERGIA ELECTRICA 2--	--->923
922	¿Cuántos son los gastos mensuales en energía eléctrica? P922	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTA NADA 0000000 NO SABE/NO RECUERDA 9999999	
923	¿Cuántos son los gastos mensuales de agua para el uso domestico? P923	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTA NADA 0000000 NO SABE/NO RECUERDA 9999999	
924	VEA 906b. P924	TIENE TELEFON O 1 NO TIENE TELEFONO 2--	--->926
925	¿Cuántos son los gastos mensuales en teléfono? P925	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE 9999999 NO GASTO NADA	
926	¿Cuántos son los gastos mensuales en vivienda? (ALQUILER O PRESTAMOS) P926	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO TIENE GASTOS 0000000 NO SABE 9999999	
927	¿Cuánto ha gastado los miembros del hogar en la compra de ropa durante los últimos seis meses? P927	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTÓ NADA 0000000 NO SABE/NO RECUERDA 9999999	
928	¿Cuántos son los gastos anuales de educación de la familia? P928	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO GASTÓ NADA 0000000 NO SABE/NO RECUERDA 9999999	
929	¿Ha comprado algún miembro del hogar algún electrodoméstico (heladera, televisor, etc.) o muebles (cama, ropero, mesa, etc.) en los últimos seis meses? P929	SI 1 NO 2--	--->1000
931	¿Cuánto le costó en los últimos seis meses? P931	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9999999 NO GASTO NADA	

X. CONDICIONES DE SALUD Y USO DE SERVICIOS PARA LOS DE 6 AÑOS O MAS

Información Personal de los miembros del Hogar

1000. Residentes habituales en la vivienda (SOLAMENTE 6 AÑOS O MAS)	a. Relación con el jefe de hogar	b. Edad	c. Sexo	d. Estado Civil	e. Educación	f. Seguro médico	g. Estado de salud	h. Enfermedades Recientes	i. Numeración de personas con respuesta "Si" en 1000h
Por favor dígame el nombre de las personas que habitualmente viven en esta vivienda <u>en orden de mayor a menor.</u>	¿Cuál es la relación de (NOMBRE) con el jefe de hogar?	¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Es (NOMBRE) casado, separado, viudo, divorciado, soltero?	¿Cuál fue el grado más alto que (NOMBRE) aprobó y en qué nivel de estudio?	¿Tiene (NOMBRE) Seguro médico?	¿Cómo describiría Ud. la condición de salud de esta persona en los últimos 6 meses?	¿Durante las últimas 4 semanas ha tenido (NOMBRE) algún malestar, enfermedad, accidente, o problema de dental, en general cualquier problema de salud?	Numerar 1 hasta X las personas enfermas
01.	<input type="text" value="P1000A 1"/>	<input type="text" value="P1000B 1"/>	<input type="text" value="P1000C 1"/>	<input type="text" value="P1000D 1"/>	<input type="text" value="P1000N 1"/> <input type="text" value="P1000G 1"/>	<input type="text" value="P1000F 1"/>	<input type="text" value="P1000S 1"/>	<input type="text" value="P1000H 1"/>	<input type="text" value="P1000I 1"/>
02.	<input type="text" value="P1000A 2"/>	<input type="text" value="P1000B 2"/>	<input type="text" value="P1000C 2"/>	<input type="text" value="P1000D 2"/>	<input type="text" value="P1000N 2"/> <input type="text" value="P1000G 2"/>	<input type="text" value="P1000F 2"/>	<input type="text" value="P1000S 2"/>	<input type="text" value="P1000H 2"/>	<input type="text" value="P1000I 2"/>
03.	<input type="text" value="P1000A 3"/>	<input type="text" value="P1000B 3"/>	<input type="text" value="P1000C 3"/>	<input type="text" value="P1000D 3"/>	<input type="text" value="P1000N 3"/> <input type="text" value="P1000G 3"/>	<input type="text" value="P1000F 3"/>	<input type="text" value="P1000S 3"/>	<input type="text" value="P1000H 3"/>	<input type="text" value="P1000I 3"/>
04.	<input type="text" value="P1000A 4"/>	<input type="text" value="P1000B 4"/>	<input type="text" value="P1000C 4"/>	<input type="text" value="P1000D 4"/>	<input type="text" value="P1000N 4"/> <input type="text" value="P1000G 4"/>	<input type="text" value="P1000F 4"/>	<input type="text" value="P1000S 4"/>	<input type="text" value="P1000H 4"/>	<input type="text" value="P1000I 4"/>
05.	<input type="text" value="P1000A 5"/>	<input type="text" value="P1000B 5"/>	<input type="text" value="P1000C 5"/>	<input type="text" value="P1000D 5"/>	<input type="text" value="P1000N 5"/> <input type="text" value="P1000G 5"/>	<input type="text" value="P1000F 5"/>	<input type="text" value="P1000S 5"/>	<input type="text" value="P1000H 5"/>	<input type="text" value="P1000I 5"/>
06.	<input type="text" value="P1000A 6"/>	<input type="text" value="P1000B 6"/>	<input type="text" value="P1000C 6"/>	<input type="text" value="P1000D 6"/>	<input type="text" value="P1000N 6"/> <input type="text" value="P1000G 6"/>	<input type="text" value="P1000F 6"/>	<input type="text" value="P1000S 6"/>	<input type="text" value="P1000H 6"/>	<input type="text" value="P1000I 6"/>
07.	<input type="text" value="P1000A 7"/>	<input type="text" value="P1000B 7"/>	<input type="text" value="P1000C 7"/>	<input type="text" value="P1000D 7"/>	<input type="text" value="P1000N 7"/> <input type="text" value="P1000G 7"/>	<input type="text" value="P1000F 7"/>	<input type="text" value="P1000S 7"/>	<input type="text" value="P1000H 7"/>	<input type="text" value="P1000I 7"/>
08.	<input type="text" value="P1000A 8"/>	<input type="text" value="P1000B 8"/>	<input type="text" value="P1000C 8"/>	<input type="text" value="P1000D 8"/>	<input type="text" value="P1000N 8"/> <input type="text" value="P1000G 8"/>	<input type="text" value="P1000F 8"/>	<input type="text" value="P1000S 8"/>	<input type="text" value="P1000H 8"/>	<input type="text" value="P1000I 8"/>
09.	<input type="text" value="P1000A 9"/>	<input type="text" value="P1000B 9"/>	<input type="text" value="P1000C 9"/>	<input type="text" value="P1000D 9"/>	<input type="text" value="P1000N 9"/> <input type="text" value="P1000G 9"/>	<input type="text" value="P1000F 9"/>	<input type="text" value="P1000S 9"/>	<input type="text" value="P1000H 9"/>	<input type="text" value="P1000I 9"/>
10.	<input type="text" value="P1000A 10"/>	<input type="text" value="P1000B 10"/>	<input type="text" value="P1000C 10"/>	<input type="text" value="P1000D 10"/>	<input type="text" value="P1000N 10"/> <input type="text" value="P1000G 10"/>	<input type="text" value="P1000F 10"/>	<input type="text" value="P1000S 10"/>	<input type="text" value="P1000H 10"/>	<input type="text" value="P1000I 10"/>
11.	<input type="text" value="P1000A 11"/>	<input type="text" value="P1000B 11"/>	<input type="text" value="P1000C 11"/>	<input type="text" value="P1000D 11"/>	<input type="text" value="P1000N 11"/> <input type="text" value="P1000G 11"/>	<input type="text" value="P1000F 11"/>	<input type="text" value="P1000S 11"/>	<input type="text" value="P1000H 11"/>	<input type="text" value="P1000I 11"/>
12.	<input type="text" value="P1000A 12"/>	<input type="text" value="P1000B 12"/>	<input type="text" value="P1000C 12"/>	<input type="text" value="P1000D 12"/>	<input type="text" value="P1000N 12"/> <input type="text" value="P1000G 12"/>	<input type="text" value="P1000F 12"/>	<input type="text" value="P1000S 12"/>	<input type="text" value="P1000H 12"/>	<input type="text" value="P1000I 12"/>
13.	<input type="text" value="P1000A 13"/>	<input type="text" value="P1000B 13"/>	<input type="text" value="P1000C 13"/>	<input type="text" value="P1000D 13"/>	<input type="text" value="P1000N 13"/> <input type="text" value="P1000G 13"/>	<input type="text" value="P1000F 13"/>	<input type="text" value="P1000S 13"/>	<input type="text" value="P1000H 13"/>	<input type="text" value="P1000I 13"/>
14.	<input type="text" value="P1000A 14"/>	<input type="text" value="P1000B 14"/>	<input type="text" value="P1000C 14"/>	<input type="text" value="P1000D 14"/>	<input type="text" value="P1000N 14"/> <input type="text" value="P1000G 14"/>	<input type="text" value="P1000F 14"/>	<input type="text" value="P1000S 14"/>	<input type="text" value="P1000H 14"/>	<input type="text" value="P1000I 14"/>

a. Relación con jefe de hogar:

d. Estado Civil

e. Educación

f. Seguro Médico

g. Estado de Salud

Ella es jefe de hogar
Esposa o compañera
Hija/Hijo
Hermana/o
Otro pariente
Otro no pariente
Empleada domestica
Otro
No Sabe

1 Unido(a)
2 Casado(a)
3 Viudo(a)
4 Separado(a)
5 Divorciado(a)
6 Soltero(a)
7 No Sabe
8
9

1 Ninguno
2 Primario
3 Secundario
4 Formac. Docente
5 Superior
6 No Sabe
7
8
9

Nivel
0
1
2
3
4
9
Grado
0
123456
123456
123456
123456+
9

IPS
Privado
Ambos
No
No Sabe

1 Muy Bueno
2 Bueno
3 Regular
4 Malo
9

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1001	VEA CUADRO ANTERIOR (1000) <div>P1001F</div>	NO HAY PERSONA ENFERMA..... 1-- HAY PERSONA(S) ENFERMA(S) 2--	--->1100 (Página 57) ->Cuadro de selección (abajo)

CUADRO PARA SELECCION DEL ENFERMO(A) A INVESTIGAR						
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE ENFERMOS LISTADOS					
	1	2	3	4	5	6
0	1	2	2	4	3	5
1	1	1	3	1	4	6
2	1	2	1	2	5	1
3	1	1	2	3	1	2
4	1	2	3	4	2	3
5	1	1	1	1	3	4
6	1	2	2	2	4	5
7	1	1	3	3	5	6
8	1	2	1	4	1	1
9	1	1	2	1	2	2

1002 Total de enfermos listados	<div>P1002</div>	_
1002A Numero de enfermo seleccionado:	<div>P1002A</div>	_
NOMBRE DE ENFERMO		

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1003	SELECCIÓN DE ENFERMO(A) <div>P1003</div>	ENTREVISTADA 1-- OTRA PERSONA 2	--> 1005
1004	¿Que hace (NOMBRE)? (LEALE UNO A UNO) <div>P1004</div>	TRABAJA FUERA DE CASA? 1 TRABAJA EN EL HOGAR? 2 NO TRABAJA 3 ESTUDIA 4 ESTUDIA Y TRABAJA 5 NO SABE 6	
1005	¿Cuál fue el problema(s) más grave que (usted / NOMBRE) (LEALE UNO) <div>P1005A</div> <div>P1005B</div> <div>P1005C</div> <div>P1005D</div> <div>P1005E</div> <div>P1005F</div> <div>P1005G</div> <div>P1005H</div>	a. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS b. ENFERMEDADES INTESTINALES/ESTOMACALES c. ENFERMEDADES DEL CORAZON d. ACCIDENTES O ENVENENAMIENTO e. PROBLEMAS DENTAL f. ENFERMEDAD CRONICA (Diabetes, alcoholismo, epilepsia, hipertensión) g. PROBLEMAS GINECOLOGICOS h. OTROS (ESPECIFIQUE) <div>P1005HOT</div>	SI 1 NO 2 NS 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
1005L	FILTRO <div>P1005L</div>	SI SE REPORTA SOLA UNA ENFERMEDAD EN P. 1005 1 SI SE REPORTAN MÁS DE UNA ENFERMEDAD EN P.1005 2	--> 1006 --> 1005M
1005M	¿Cuál fue el problema o enfermedad <u>más severo</u> ? <div>P1005M</div>	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 1 ENFERMEDADES INTESTINALES/ESTOMACALES 2 ENFERMEDADES DEL CORAZON 3 ACCIDENTES O ENVENENAMIENTO 4 PROBLEMAS DENTAL 5 ENFERMEDAD CRONICA (Diabetes, alcoholismo, epilepsia, hipertensión) 6 PROBLEMAS GINECOLOGICOS 7 OTROS 8 (ESPECIFIQUE) <div>P1005MOT</div>	
1006	Cuándo estuvo enferma(o) ¿Faltó a sus actividades normales ? <div>P1006</div>	SI 1 NO 2--	-->1008
1007	¿Cuántos días faltó a sus actividades normales ? <div>P1007</div>	DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ RECUERDA 99	
1008	SELECCIÓN DE ENFERMO(A) <div>P1008</div>	ENTREVISTADA 1 OTRA PERSONA 2 --	--> 1014

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1009	P1009 ¿Quién cuidó/atendió a Ud. durante la enfermedad?	ELLA MISMA 1-- OTRA PERSONA 2 NO SABE/NO RECUERDA 9--	--> 1012 --> 1012
1010	P1010 ¿La persona perdió algún ingreso por cuidar/atender (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/ NO RECUERDA 9--	--->1012 --->1012
1011	P1011 ¿Cuánto ingreso perdió?	CANTIDAD EN GUARANIES . [] [] [] [] [] [] [] [] NO SABE/ NO RECUERDA 9999999 NO GASTA NADA.....	
1012	P1012 ¿Ud. perdió algún ingreso durante la enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	--->1021 --->1021
1013	P1013 ¿ Cuánto ingreso perdió?	CANTIDAD EN GUARANIES [] [] [] [] [] [] [] [] NO SABE/ NO RECUERDA 9999999- NO GASTA NADA.....	┐> 1021
1014	P1014 ¿Quién cuidó/atendió a (NOMBRE) durante la enfermedad?	ELLA MISMA (ENTREVISTADA) 1-- OTRA PERSONA 2 NADIE 3-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	--> 1017 --> 1019 --> 1019
1015	P1015 ¿La persona perdió algún ingreso por cuidar/atender (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	--->1019 --->1019
1016	P1016 ¿ Cuánto ingreso perdió?	CANTIDAD EN GUARANIES [] [] [] [] [] [] [] [] NO SABE/ NO RECUERDA 9999999- NO GASTA NADA.....	┐> 1019
1017	P1017 ¿Ud. perdió algún ingreso por acompañar a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	--->1019 --->1019
1018	P1018 ¿ Cuánto ingreso perdió?	CANTIDAD EN GUARANIES [] [] [] [] [] [] [] [] NO SABE/ NO RECUERDA 9999999	
1019	P1019 ¿La persona enferma perdió algún ingreso durante la enfermedad?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	-->1021 -->1021
1020	P1020 ¿Cuánto ingreso perdió?	CANTIDAD EN GUARANIES [] [] [] [] [] [] [] [] NO SABE/ NO RECUERDA 9999999 NO GASTA NADA.....	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1021	P1021 ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el problema de salud por primera vez?	1. DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 2. SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/> 3. MESES <input type="text"/> <input type="text"/> 4. AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 9. NO SABE/ RECUERDA..... 99	
1022	¿Por cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha sufrido del problema de salud?	P1022 1. DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 2. SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ RECUERDA..... 99	
1023	Cuando estaba con el problema de salud (usted / NOMBRE) ¿Obtuvo atención de salud fuera de la casa, en su casa, o no obtuvo atención ?	P1023 ATENCION FUERA DE LA CASA..... 1 ATENCION EN LA CASA 2-- NO OBTUVO ATENCION..... 3--	-->1032 (PAGINA 55) -->1037 (PAGINA 56)
1024	¿Cuál fue el primer lugar que visitó (Ud./ NOMBRE) donde obtuvo atención y dónde queda?	NOMBRE: P1024LUG _____ DONDE QUEDA: P1024DON _____	
1025	P1025 ¿Cuánto tiempo le tomo a (usted/ NOMBRE) llegar al lugar dónde obtuvo esa atención?	MINUTOS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA9 99	
1026	P1026 ¿Cuánto le costó a (usted/ NOMBRE) el transporte para llegar a ese lugar de destino?	CANTIDAD EN GUARANIES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 999888 NO TUVO QUE PAGAR000000	
1027	P1027 ¿Cuánto tiempo (usted/ NOMBRE) esperó para ser atendido en ese lugar?	MINUTOS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA9 99	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1028	¿Por qué (usted/ NOMBRE) escogio ese lugar? <div>P1028</div>	DISTANCIA..... 1 REPUTACION 2 EXPERIENCIA PASADA 3 SUGERENCIA DE OTRA PERSONA 4 EN BUSQUEDA DE MEJOR CENTRO..... 5 PRECIO A PAGAR 6 DISPONIBILIDAD 7 TIENE SEGUROS 8 OTRO: 20 (ESPECIFIQUE) <div>P1028OT</div> NO SABE/NO RECUERDA 99	
1029	<div>P1029</div> ¿Cuántas visitas hizo (usted/ NOMBRE) a ese lugar? (total de visitas no sólo durante las cuatro semanas)	NUMERO <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 99	
1030	<div>P1030</div> ¿Fue (usted/ NOMBRE) hospitalizado?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE/NO RECUERDA 9--	J > 1032
1031	<div>P1031</div> ¿Por cuántos días estuvo hospitalizado?	1. DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 2. SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	¿Quién le proporcionó (usted/ NOMBRE) la atención médica? <div>P1032</div>	MEDICO(A)..... 1 ENFERMERA 2 AUXI. ENFERMERA..... 3 FARMACEUTICO(A) 4 CURANDERO(A) 5 PERSONA ENFERMA..... 6-- FAMILIAR 7-- OTRO 8 (ESPECIFIQUE) <div>P1032OT</div> NO SABE/NO RECUERDA 9	-->1037 -->1037
1033	<div>P1033</div> ¿Cuánto pagó (usted/ NOMBRE) por la atención médica (incluyendo medicinas)?	CANTIDAD EN GUARANIES. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 9999999 NO TUVO QUE PAGAR 0000000--	-->1037
1034	<div>P1034</div> ¿Alguien distinto de su pareja/padres le ayudó a cubrir los costos medicos totales?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE 9--	J > 1037

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1035	¿Quién pagó esa parte? (ENTREVISTADORA: PUEDE ENCERRAR MAS QUE UNA RESPUESTA)	a. UN PARIENTE..... P1035A 1 b. UN AMIGO..... P1035B 2 c. EMPLEADOR/PATRON..... P1035C 3 d. SEGURO PRIVADO..... P1035D 4 e. SEGURO SOCIAL (IPS)..... P1035E 5 f. OTROS..... P1035F 6 (ESPECIFIQUE) P1035OT	
1036	P1036 ¿Cuánto pagó/pagaron esa(s) otra(s) parte(s) (terceros) por la atención médica?	CANTIDAD EN GUARANIES. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9999999 NO GASTA NADA.....	→ 1038
1037	¿ Por qué no obtuvo atención para aliviarle? P1037	NO LO CONSIDERO NECESARIO..... 1 DEMASIADO LEJOS..... 2 SERVICIOS MALOS..... 3 POR DESCUIDO 4 FALTA DE DINERO..... 5 DEMASIADA OCUPADA..... 6 FALTA DE TRANSPORTE 7 NADIE PODIA CUIDAR A LOS NINOS..... 8 MARIDOS/PARIENTES NO LE PERMITIERON..... 9 OTRO 20 (ESPECIFIQUE) P1037OT NO SABE 99	
1038	P1038 ¿Compró (Ud./NOMBRE) medicinas?	SI..... 1 NO..... 2-- NO SABE 9--	--> 1040 --> 1040
1039	P1038 ¿Cuánto pagó (Ud./NOMBRE) por los medicamentos ?	CANTIDAD EN GUARANIES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA 9999999 NO TUVO QUE PAGAR.....	
1040	P1040 ¿Cómo ha cambiado el estado de salud de (Ud./NOMBRE) después del problema de salud?	NO HA CAMBIADO 1 HA MEJORADO..... 2 HA EMPEORADO..... 3 NO SABE/NO RECUERDA 9	

XI. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1100	¿Cuál es el centro de atención de salud que utiliza con más frecuencia?	NOMBRE DEL LUGAR: P1100 _____ DONDE QUEDA: P1100DON _____	
1101	¿Es este centro de atención el más cercano a su hogar? P1101	SI 1--- NO 2	--->1200
1102	¿Cuál es el centro de atención de salud más cercano?	NOMBRE DEL LUGAR: P1102 _____ DONDE QUEDA: P1102DON _____	
1103	¿Por qué no utiliza con más frecuencia el centro de atención de salud más cercano? P1103	HORARIO INCONVENIENTE 1 NO OFRECEN SERVICIOS 2-- MALA ATENCION/BAJA CALIDAD DE SERVICIOS 3-- ESCASEZ DE MATERIALES 4-- DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO 5-- MUY CARO 6-- TIENE SEGUROS 7-- OTRO 8--	} > 1200
1104	¿Por qué no considera conveniente el horario del centro más cercano? P1104	NO ESTA ABIERTO LOS FINES DE SEMANA 1 NO ABRE EN HORARIOS NOCTURNOS 2 ABIERTO CUANDO YO TRABAJO 3 OTRAS RAZONES (ESPECIFIQUE): 8 _____	

XII. MALTRATOS PSICOFISICOS

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1200	Pensando en su niñez o adolescencia. ¿Alguna vez vió o escuchó a sus padres o padrastros maltratarse físicamente? P1200M,AL	SI.....1 NO.....2 NO RESPONDE3 NO SABE/NO RECUERDA.9	
1201	¿Recuerda usted haber recibido maltratos físicos de alguna persona? P1201PER	SI.....1 NO.....2-- NO RESPONDE3 NO SABE/NO RECUERDA.9	→ 1204
1202	¿Cuántos años tenía usted la primera vez que alguien le maltrató físicamente? P1202EDA	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA98	
1203	¿En qué mes y año alguien le maltrató físicamente por última vez? P1203MES	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> P1203ANO NO SABE/NO RECUERDA98	

AHORA ME GUSTARIA PREGUNTARLE SOBRE ASPECTOS DE LA RELACION DE PAREJA. TAMBIEN QUISIERA ASEGURARLE QUE SUS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.

1204	FILTRO (VEA 804; PAG.44) <div>P1204F</div>	SI LA MUJER <u>NUNCA</u> HA ESTADO CASADA/UNIDA-----1 SI LA MUJER <u>ESTA</u> CASADA/UNIDA ACTUALMENTE -----2 SI LA MUJER <u>ESTUVO</u> CASADA/UNIDA PREVIAMENTE -----3	→1208 →1205A →1205B																																										
1205A	Quien toma/tomaría la decisión en su casa -- Usted, su esposo/compañero, ambos de acuerdo, u otra persona <div>P1205A</div> <div>P1205B</div>																																												
1205B	Cuando usted vivía con su ex-esposo/compañero, quien tomaba /tomaría la decisión en su <div>P1205C</div> Usted, su ex-esposo/compañero, ambos de acuerdo, u otra persona --sobre lo siguiente? <div>P1205D</div> <div>P1205E</div> <div>P1205F</div> (LEALE UNO A UNO)	<table><thead><tr><th></th><th>Ella</th><th>Esposo/ comp.</th><th>Ambos</th><th>Otro</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>A) VISITAS FAMILIARES....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>B) ALIMENTOS QUE COCINAR DIARIAMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>C) CUANDO UN HIJO NECESITA IR AL MEDICO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>D) COMO DISCIPLINAR LOS HIJOS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>E) USO DE ANTICONCEPTIVOS....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>F) COMO GASTAR EL INGRESO DE LA FAMILIA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td></tr></tbody></table>		Ella	Esposo/ comp.	Ambos	Otro	NS	A) VISITAS FAMILIARES....	1	2	3	8	9	B) ALIMENTOS QUE COCINAR DIARIAMENTE	1	2	3	8	9	C) CUANDO UN HIJO NECESITA IR AL MEDICO.....	1	2	3	8	9	D) COMO DISCIPLINAR LOS HIJOS.....	1	2	3	8	9	E) USO DE ANTICONCEPTIVOS....	1	2	3	8	9	F) COMO GASTAR EL INGRESO DE LA FAMILIA.....	1	2	3	8	9	
	Ella	Esposo/ comp.	Ambos	Otro	NS																																								
A) VISITAS FAMILIARES....	1	2	3	8	9																																								
B) ALIMENTOS QUE COCINAR DIARIAMENTE	1	2	3	8	9																																								
C) CUANDO UN HIJO NECESITA IR AL MEDICO.....	1	2	3	8	9																																								
D) COMO DISCIPLINAR LOS HIJOS.....	1	2	3	8	9																																								
E) USO DE ANTICONCEPTIVOS....	1	2	3	8	9																																								
F) COMO GASTAR EL INGRESO DE LA FAMILIA.....	1	2	3	8	9																																								

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA			
			Frecu-ent.	A veces	Nunca	NS
1206	<p>Quando dos personas se casan o conviven, ellos comparten los buenos y malos momentos. En su relación con su (ex) esposo/compañero, podrí</p> <p>si las siguientes situaciones le suceden (sucedian) frecuentemente, a veces, o nunca?</p>	<p>A) A SU (EX) ESPOSO/ COMPAÑERO LE GUSTA PASAR TIEMPO LIBRE CON USTED.....</p> <p>B) SU (EX) ESPOSO/ COMPAÑERO LE CONSULTA SU OPINION EN DIFERENTES TEMAS....</p> <p>C) SU (EX) ESPOSO/ COMPAÑERO ES CARIÑOSO CON UD.....</p> <p>D) SU (EX) ESPOSO/ COMPAÑERO LE RESPETA SUS DERECHOS.....</p>	1	2	3	8
			1	2	3	8
			1	2	3	8
			1	2	3	8
1207	<p>Algunas veces una esposa/compañera puede hacer cosas que molestan a su esposo/compañero. Por favor, dígame si Ud. cree que un esposo/compañero tiene</p> <p>tiene razón a pegarle a su esposa/compañera en algunas de las siguientes situaciones:</p>	<p>A) SI ELLA DESCUIDA DE LA CASA O DE LOS NIÑOS.....</p> <p>B) SI ELLA SALE SIN AVISARLE.....</p> <p>C) SI SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON EL.....</p> <p>D) SI EL SOSPECHA QUE ELLA ANDA CON OTRO.....</p>		Tiene razón	No tiene razón	NS
				1	2	9
				1	2	9
				1	2	9
				1	2	9

1208	<p>AHORA LE QUIERO PREGUNTAR SOBRE ALGUNAS COSAS QUE TAL VEZ HAYAN PASADO ENTRE USTED Y UN COMPAÑERO O EX-COMPAÑERO. ESTO INCLUYE MARIDOS, NOVIO, PAREJAS, ETC.</p>
------	--

1209	<p>¿Ud. y su esposo/compañero/novio pelean (o peleaban SI NO ESTA UNIDA ACTUALMENTE) algunas veces?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NUNCA TUVO NOVIO/PAREJA3--</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA9</p>	-->1214
1210	<p>¿Su esposo/compañero/novio le ha insultado alguna vez?</p>	<p>SI.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA.9</p>	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREGUNTA
1211	¿Su esposo/compañero/novio le ha golpeado alguna vez? <div>P1211</div>	SI.....1 NO.....2-- NO SABE/NO RECUERDA.9--	<input type="checkbox"/> >1214
1212	La última vez que su esposo/compañero le golpeó, ¿él había tomado alguna bebida alcohólica? <div>P1212</div>	SI.....1 NO.....2 NO SABE/NO RECUERDA.9	
1213	¿Cuando su esposo/compañero le golpea (golpeaba) a quién acude (acudía)? <div>P1213</div>	AUTORIDAD (COMISARIA)1 FAMILIAR2 AMIGA/O3 VECINA/O4 A NADIE.....5 OTRO.....8	

1214	Hora de finalización de la entrevista	HORA..... <div>P1214H</div> <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <div>P1214M</div> <input type="text"/> <input type="text"/>
------	---------------------------------------	---

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

ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL