

# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR (FESAL-93) EL SALVADOR, C.A.

## I. IDENTIFICACION

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	
DEPARTAMENTO: _____	DEPT
MUNICIPIO: _____	MUNI
CANTON: _____	CANT
AREA: 1. METROPOLITANA	
2. RESTO URBANO	AREA
3. RURAL	

B. IDENTIFICACION MUESTRAL	
CUESTIONARIO No.: _____	CN
SECTOR No.: _____	SECT
SEGMENTO No.: _____	SEGM
VIVIENDA No.: _____	VIVNO

(Sr., Sra., Srita.) Buenos (días/tardes/noches):

Estamos haciendo un estudio de la salud de la mujer y el niño de El Salvador, para lo cual estamos entrevistando a muchas mujeres de todo el país. Nos gustaría tener su cooperación.

¿Cual es la dirección exacta de esta casa? \_\_\_\_\_

¿Cual es el nombre del jefe del hogar? \_\_\_\_\_

C. RESULTADO DE VISITAS Y DE LA ENTREVISTA									
NUMERO DE LA VISITA		1	2	3	4	VISITNO			
CODIGO DE ENTREVISTADORA		— —	— —	— —	— —	ENTCOD			
FECHA DE LA VISITA		DIA — — MES — —	DIA — — MES — —	DIA — — MES — —	DIA — — MES — —	DIA — — MES — —		ENTDIA ENTMES	
HORA DE LA ENTREVISTA	INICIAL	— — : — —	— — : — —	— — : — —	— — : — —	INICHORA		INICMIN	
	FINAL	— — : — —	— — : — —	— — : — —	— — : — —	FINHORA		FINMIN	
RESULTADO *		—	—	—	—	RESULT			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> * CODIGO DE RESULTADO : 1. Entrevista Completa  2. Entrevista Incompleta  3. No hay elegible (MEF)  4. Moradores Ausentes  5. MEF seleccionada ausente </div> <div> 6. Entrevista Rechazada  7. Rechazo Parcial  8. Vivienda Desocupada  9. Otro _____  (Especifique) </div> </div>									

D. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

E. DATOS DE PROCESAMIENTO			
CODIGO FECHA	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
	— — / — —	— — / — —	— — / — —

## II. SELECCION DE LA ENTREVISTADA

200. ¿Cuántas personas (incluyendo niños)  
residen habitualmente en esta  
vivienda?

No. TOTAL DE VARONES   P200VARO  
No. TOTAL DE HEMBRAS   P200HEMB  
No. TOTAL DE PERSONAS   P200PERS

- LEA: ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en esta casa, empezando con la de más edad?
- SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA.
- SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE.

Nombre de la Mujer en Edad Fértil	Edad	Estado Civil  1. ACOMPAÑADA 2. CASADA 3. VIUDA 4. SEPARADA 5. DIVORCIADA 6. SOLTERA	Ultimo grado escolar que aprobó									
			0. NINGUNO	0								
			1. PRIMAR.	1	2	3	4	5	6			
			2. SECUND.	1	2	3						
			3. BACHILL.	1	2	3	4					
			4. SUPERIOR	1	2	3	4+					
1.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED1</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC1</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV1</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA1</span>									
2.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED2</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC2</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV2</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA2</span>									
3.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED3</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC3</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV3</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA3</span>									
4.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED4</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC4</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV4</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA4</span>									
5.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED5</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC5</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV5</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA5</span>									
6.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED6</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC6</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV6</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA6</span>									
7.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED7</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC7</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV7</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA7</span>									
8.	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200ED8</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200EC8</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200NIV8</span> : <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P200GRA8</span>									

201. ¿Entonces, en esta casa viven . . .  
mujeres de 15 a 49 años de edad?

No. DE MEF  P201

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

### III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENTREVISTADORA: PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR A SOLAS A LA MEF SELECCIONADA.  
LEA A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE:  
Entre las mujeres de esta casa, la hemos escogido a Ud. para ser entrevistada. Toda la información que Ud. nos proporcione sera estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio.

300. ¿Por favor dígame, en qué mes y año nació Usted?

MES P300MES AÑO P300AÑO

301. ¿Entonces qué edad cumplió en su último cumpleaños?

EDAD P301

SUME AÑO EN 300 Y EDAD EN 301, Y ANOTE EL TOTAL \_\_\_\_  
SI LA MUJER YA CUMPLIO AÑOS, EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 93.  
SI LA MUJER TODAVIA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 92.  
  
INDAGUE Y CORRIJA SI EL TOTAL NO ES CORRECTO. CHEQUEE SI EDAD ES CONSISTENTE CON LA PAGINA ANTERIOR. SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.

302. ¿Dónde vivía Usted a mediados de 1988 (hace 5 años)?

EL SALVADOR  
DEPTO \_\_\_\_\_ P302DEPT \_\_\_\_  
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ P302MUNI \_\_\_\_  
CANTON \_\_\_\_\_ P302CAN \_\_\_\_  
888888. AQUI MISMO  
  
OTRO PAIS  
PAIS \_\_\_\_\_

303. ¿Cuál fue el grado o año más alto de estudios que Usted aprobó? (¿En qué nivel de estudios?)

NIVEL	GRADO O AÑO					
<span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P303NIV</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P303GRA</span>					
0. NINGUNO	0					
1. PRIMARIA	1	2	3	4	5	6
2. SECUNDARIA	1	2	3			
3. BACHILLERATO	1	2	3	4		
4. SUPERIOR	1	2	3	4+		

304. ¿Es Usted cotizante o beneficiaria del Seguro Social?

1. COTIZANTE  
2. BENEFICIARIA P304  
3. NO

305. ¿Trabaja Usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?

1. SI P305  
2. NO \_\_\_\_\_ > 400

306. ¿Trabaja fuera o dentro del hogar?

1. FUERA DEL HOGAR P306  
2. DENTRO DEL HOGAR

---

IV. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

---

LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener informacion de todos los embarazos y nacimientos que usted haya tenido en toda su vida hasta la fecha.

---

400. ¿Actualmente está Ud. embarazada?	1. SI _____ > 402 2. NO _____ 9. NO SABE _____	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P400</div>
--	--	---

---

401. ¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	1. SI _____ > 404 2. NO _____ > 417	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P401</div>
--	--	---

---

402. ¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES ____	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P402</div>
--	------------	---

---

403. ¿Es su primer embarazo?	1. SI _____ > 414 2. NO _____	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P403</div>
------------------------------	----------------------------------	---

---

404. Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA ____ B. HIJAS EN CASA ____ C. TOTAL HIJOS EN CASA ____ (SI NO TIENE ANOTE 00)	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P404A</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P404B</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P404C</div>
--	---	--

---

405. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA ____ B. HIJAS FUERA DE CASA ____ C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA ____ (SI NO TIENE ANOTE 00)	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P405A</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P405B</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P405C</div>
---	---	--

---

406. ¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?	1. SI _____ 2. NO _____ > 408	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P406</div>
---	----------------------------------	---

---

407. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON ____ B. HIJAS QUE MURIERON ____ C. TOTAL HIJOS QUE MURIERON ____	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P407A</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P407B</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">P407C</div>
---	--	--

---

408. Hablando de todos los embarazos que Ud. ha tenido en su vida, ¿tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?

1. SI  
2. NO \_\_\_\_\_ > 411

P408

409. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en nacidos muertos?

No. de MORTINATOS \_\_\_\_\_

P409

410. ¿Presentó el (los) niño (s) algunos signos de vida, por ejemplo, respiró o lloró?

1. SI  
2. NO \_\_\_\_\_

P410

SI LA RESPUESTA ES SI, CORRIJA LAS PREGUNTAS 406, 407, 408 Y 409 EXPLIQUE A LA MUJER: "Para nuestro estudio, queremos incluir este niño como un nacido vivo."

411. Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de completar su sexto mes. ¿Ha perdido Ud. alguno antes de completar su sexto mes? (abortos)

1. SI  
2. NO \_\_\_\_\_ > 413

P411

412. Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido antes de completar el sexto mes de embarazo?

No. DE PERDIDAS \_\_\_\_\_

P412

413. PASE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 400, 404C, 405C, 407C, 409 y 412.

400. ACTUALMENTE EMBARAZADA (SI NO ESTA EMBARAZADA, MARQUE 0 AQUI). \_\_\_\_\_

404C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA \_\_\_\_\_

405C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA \_\_\_\_\_

407C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON \_\_\_\_\_

409. MORTINATOS \_\_\_\_\_

412. PERDIDAS \_\_\_\_\_

PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE:  
Ud. ha tenido en total. . .embarazos?

SI EL TOTAL COINCIDE CON EL NUMERO DE EMBARAZOS, CONTINUE CON 414. SI NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.

SUMA TOTAL P413TOT \_\_\_\_\_

NUMERO DE PARTOS MULTIPLES P413MULT \_\_\_\_\_

414. ¿El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene) fue porque lo deseaba?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE \_\_\_\_\_ > 416

P414

415. ¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?

1. NO QUERIA TENER MAS HIJOS  
2. QUERIA ESPERAR UN POCO MAS

P415

416. VEA EN 400 SI LA ENTREVISTADA ESTA EMBARAZADA	1. EMBARAZADA _____> 421 2. NO EMBARAZADA <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P416</span> 9. NO SABE
417. ¿Desea Ud. actualmente un embarazo?	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P417</span> 2. NO 9. NO SABE
418. VEA EN 404C Y 405C SI TIENE HIJOS VIVOS	1. TIENE HIJOS VIVOS _____> 420 2. NO TIENE HIJOS VIVOS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P418</span>
419. ¿Cuántos hijos desea tener en toda su vida?	____ _ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P419</span> > 422
420. ¿Cuántos hijos más desea tener?	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P420</span> _____> 422
421. ¿Además del hijo que está esperando. Cuántos hijos más desea tener?	____ _ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P421</span>
422. ENTREVISTADORA: MARQUE LO CORRESPONDIENTE	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P422</span>
1. ENTREVISTADA NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA _____> p. 34, 800	
2. ENTREVISTADA CON MAS DE UN HIJO NACIDO VIVO _____> 423	
3. ENTREVISTADA SOLO TIENE UN HIJO NACIDO VIVO _____> 425	
4. ENTREVISTADA SOLO TIENE EL EMBARAZO ACTUAL _____> p. 34, 800	
5. ENTREVISTADA HA TENIDO SOLO MORTINATOS O ABORTOS _____> p. 29, 701	
423. ¿En qué mes y año tuvo Ud. el PRIMER hijo o hija nacido(a) vivo(a), aunque después haya muerto?	MES ____ AÑO ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P423MES</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P423AÑO</span>
424. ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 404C, 405C Y 407C.	404C. TOTAL HIJOS QUE VIVEN EN CASA _____
	405C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA _____
	407C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON _____
PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: Ud. ha tenido en total. . .hijos nacidos vivos?	SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P424</span> _____

425. .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 COLUMNA a, 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  $\leq$  DE 1 MES; ANOTE MESES SI LA EDAD  $>$  1 MES Y  $\leq$  2 AÑOS; ANOTE AÑOS SI EDAD  $>$  2 AÑOS.

PREGUNTAS	a. ¿Qué nombre le pusó?	b. ¿Hombre o mujer?	c. ¿En qué fecha nació?	d. ¿Está vivo(a)?	e. ¿En que mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?	g.
1 ULTIMO NACIDO VIVO		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_1	DIA P425CD_1 MES P425CM_1 AÑO P425CA_1	1. SI -> g. 2. NO P425D_1	MES P425EM_1 AÑO P425EA_1	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_1	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
2 PENULTIMO NACIDO VIVO		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_2	DIA P425CD_2 MES P425CM_2 AÑO P425CA_2	1. SI -> g. 2. NO P425D_2	MES P425EM_2 AÑO P425EA_2	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_2	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
3 ANTEPE-NULTIMO		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_3	DIA P425CD_3 MES P425CM_3 AÑO P425CA_3	1. SI -> g. 2. NO P425D_3	MES P425EM_3 AÑO P425EA_3	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_3	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
4 CUARTO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_4	DIA P425CD_4 MES P425CM_4 AÑO P425CA_4	1. SI -> g. 2. NO P425D_4	MES P425EM_4 AÑO P425EA_4	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_4	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
5 QUINTO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_5	DIA P425CD_5 MES P425CM_5 AÑO P425CA_5	1. SI -> g. 2. NO P425D_5	MES P425EM_5 AÑO P425EA_5	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_5	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
6 SEXTO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_6	DIA P425CD_6 MES P425CM_6 AÑO P425CA_6	1. SI -> g. 2. NO P425D_6	MES P425EM_6 AÑO P425EA_6	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_6	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
7 SEPTIMO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_7	DIA P425CD_7 MES P425CM_7 AÑO P425CA_7	1. SI -> g. 2. NO P425D_7	MES P425EM_7 AÑO P425EA_7	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_7	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
8 OCTAVO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_8	DIA P425CD_8 MES P425CM_8 AÑO P425CA_8	1. SI -> g. 2. NO P425D_8	MES P425EM_8 AÑO P425EA_8	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_8	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
9 NOVENO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_9	DIA P425CD_9 MES P425CM_9 AÑO P425CA_9	1. SI -> g. 2. NO P425D_9	MES P425EM_9 AÑO P425EA_9	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_9	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
10 DECIMO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_10	DIA P425CD_10 MES P425CM_10 AÑO P425CA_10	1. SI -> g. 2. NO P425D_10	MES P425EM_1 AÑO P425EA_1	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_10	SI NACIO ANTES DE 1983, PASE A 500.
11 ONCEAVO ANTERIOR		1. HOMBRE 2. MUJER P425B_11	DIA P425CD_11 MES P425CM_11 AÑO P425CA_11	1. SI-> 500 2. NO P425D_11	MES P425EM_1 AÑO P425EA_1	1. DIAS 2. MESES 3. AÑOS P425f_11	

V. SALUD EN LA NIÑEZ		
500. VEA EN 425C SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE ENERO DE 1988.	1. ANTES DE ENERO DE 1988 2. A PARTIR DE ENERO DE 1988 _____>	P500 503
501. VEA 425 ¿HAY HIJOS QUE MURIERION A PARTIR DE ENERO DE 1988 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD? (COLUMNA f)	1. SI _____> 2. NO _____	P501 p. 19, 601
502. VEA EN 413 SI HAY PERDIDAS O MORTINATOS	1. SI _____> 2. NO _____>	P502 p. 29, 701 p. 34, 800
503.	ENTREVISTADORA: ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO _____	
¿El parto de (NOMBRE) fue por cesarea o no?	1. VAGINAL _____> 2. CESAREA _____	P503 505
504. ¿Por qué le hicieron la cesárea?	1. SANGRAMIENTO SEVERO 2. LABOR DURO DEMASIADO TIEMPO 3. BEBE EN POSICION DIFICIL 4. PARTO ATRASADO 5. PROBLEMAS CON PARTOS ANTERIORES 6. PREFERENCIA PERSONAL 7. CESAREA ANTERIOR 8. OTRO _____ (Especifique)	P504
PASE A 507		
505. ¿Nació de cabeza, de pies o atravesado(a)?	1. DE CABEZA 2. DE PIES 3. ATRAVESADO	P505
506. ¿Le hicieron una herida (episiotomía) para facilitar el parto? (le unieron)	1. SI 2. NO	P506
507. ¿Durante el parto de (NOMBRE) o inmediatamente después, fue operada para no tener más hijos?	1. SI, DURANTE EL PARTO 2. SI, INMEDIATAMENTE DESPUES 3. NO	P507
508. ¿Le dió pecho a (NOMBRE)?	1. SI _____> 2. NO _____	P508 510



509. ¿Porqué nunca le dió pecho  
a (NOMBRE)?

- 01. MADRE NO QUERIA
- 02. NIÑO MURIO
- 03. NIÑO ENFERMO
- 04. LECHE INSUFICIENTE/NO LE BAJO  
LA LECHE
- 05. DEBIA TRABAJAR
- 06. NIÑO NO QUERIA
- 07. INCONVENIENTE
- 08. LA MADRE ENFERMO
- 09. PEZON INVERTIDO O  
LESIONES
- 20. OTRO \_\_\_\_\_  
(Especifique)

P509

PASE A 521

510. ¿Al cuánto tiempo después de nacer  
(NOMBRE) empezó a darle pecho?

- 1. MIN.
- 2. HORAS
- 3. DIAS
- 998. NS/NR

P510

511. ¿A los cuántos meses le empezó a dar  
otro tipo de leche a (NOMBRE)?

- MESES
- 00. MENOS QUE UN MES
- 95. NUNCA LE DIO
- 96. NO LE DA TODAVIA

P511

→ 513

512. ¿Le dió esta leche en una pacha, en  
vaso, o con cuchara?

- 1. PACHA
- 2. VASO
- 3. CUCHARA
- 8. OTRO

P512

(Especifique)

513. ¿A los cuántos meses le dió comida?  
(sólidos, purés, licuados o colados)

- MESES
- 00. MENOS QUE UN MES
- 95. NUNCA LE DIO
- 96. NO LE DA TODAVIA

P513

514. VEA EN 425d SI HIJO SE MURIO

- 1. MUERTO \_\_\_\_\_
- 2. VIVO

P514

→ 516

515. ¿Está dándole pecho actualmente?

- 1. SI \_\_\_\_\_
- 2. NO

P515

→ 518

516. ¿Porqué dejó de darle pecho?

- 01. NIÑO SE ENFERMO
- 02. NIÑO SE MURIO
- 03. LECHE INSUFICIENTE
- 04. DEBIA TRABAJAR
- 05. NIÑO NO QUERIA
- 06. INCONVENIENTE
- 07. LA MADRE ENFERMO
- 08. PROBLEMAS CON PECHO
- 09. EDAD DE DESTETE
- 10. QUEDO EMBARAZADA
- 11. EMPEZO ANTICONCEPTIVOS
- 20. OTRO \_\_\_\_\_  
(Especifique)

P516

---

517. ¿Hasta que edad le dió pecho?	1. DIAS	<div>P517</div>
	2. MESES	

PASE A 521

---

518. Durante las últimas 24 horas, ¿cuántas veces le dió pecho a (NOMBRE)?	— — VECES	<div>P518</div>
--	-----------	-----------------

---

519. ¿Durante las últimas 24 horas, cuántas veces le dió a (NOMBRE) algo de lo siguiente:	NUMERO DE VECES
- Agua? .....	— — <div>P519A</div>
- Otros líquidos? .....	— — <div>P519B</div>
- Atoles o purés? .....	— — <div>P519C</div>
- Comida sólida? .....	— — <div>P519D</div>

---

520. ¿Durante las últimas 24 horas, cuál fue el tiempo más largo que pasó sin darle pecho?	1. MINUTOS — —	<div>P520</div>
	2. HORAS — —	

---

521. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su regla?	MESES	<div>P521</div>
	00 EN EL MISMO MES	
	97 NO LE HA VUELTO	

---

522. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales?	MESES	<div>P522</div>
	00 EN EL MISMO MES	
	97 NO HA VUELTO	

---

523. VEA 425C: CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS A PARTIR DE ENERO 1988	<div>P523</div>
--	-----------------

---

VEA 425 Y ANOTE EN PREGUNTAS 524 Y 525 EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1988 AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
524. NOMBRE (VEA 425):					
525. ESTA VIVO (VEA 425, COL d):	1. VIVO <span>P525_1</span> 2. MUERTO	1. VIVO <span>P525_2</span> 2. MUERTO	1. VIVO <span>P525_3</span> 2. MUERTO	1. VIVO <span>P525_4</span> 2. MUERTO	1. VIVO <span>P525_5</span> 2. MUERTO
526. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?	1. SI <span>P526_1</span> 2. NO _____> 530	1. SI <span>P526_2</span> 2. NO _____> 530	1. SI <span>P526_3</span> 2. NO _____> 530	1. SI <span>P526_4</span> 2. NO _____> 530	1. SI <span>P526_5</span> 2. NO _____> 530
527. ¿Dónde se hizo el control? 1. ESTABLECIMIENTO DE MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLÍNICA/ MEDICO PRIVADO 4. PARTERA 8. OTRO _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO <span>P527_1</span>	CODIGO <span>P527_2</span>	CODIGO <span>P527_3</span>	CODIGO <span>P527_4</span>	CODIGO <span>P527_5</span>
528. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES <span>P528_1</span>	MESES <span>P528_2</span>	MESES <span>P528_3</span>	MESES <span>P528_4</span>	MESES <span>P528_5</span>
529. ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES <span>P529_1</span>	No. DE CONTROLES <span>P529_2</span>	No. DE CONTROLES <span>P529_3</span>	No. DE CONTROLES <span>P529_4</span>	No. DE CONTROLES <span>P529_5</span>
530. Durante este embarazo, ¿le vacunaron contra el tétano? (para proteger al niño de convulsiones después de nacer)	1. SI 2. NO _____>532 9. NO RECUERDA <span>P530_1</span>	1. SI 2. NO _____>532 9. NO RECUERDA <span>P530_2</span>	1. SI 2. NO _____> 532 9. NO RECUERDA <span>P530_3</span>	1. SI 2. NO _____> 532 9. NO RECUERDA <span>P530_4</span>	1. SI 2. NO _____>532 9. NO RECUERDA <span>P530_5</span>
531. ¿Cuántas vacunas antitetánicas le pusieron durante este embarazo?	No. DE VACUNAS (PASE A 533) <span>P531_1</span>	No. DE VACUNAS <span>P531_2</span>	No. DE VACUNAS <span>P531_3</span>	No. DE VACUNAS <span>P531_4</span>	No. DE VACUNAS <span>P531_5</span>
532. ¿Le pusieron alguna vacuna antitetánica en los últimos 10 años?	1. SI <span>P532_1</span> 2. NO 9. NO RECUERDA				
533. ¿En qué lugar tuvo el parto de (NOMBRE)? 01. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 02. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS 03. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S. 04. HOSP. O CLINICA PARTICULAR 05. CASA DE PARTERA 06. CASA PROPIA CON PARTERA 07. CASA PROPIA CON OTROS 08. CASA PROPIA CON NADIE 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO <span>P533_1</span>	CODIGO <span>P533_2</span>	CODIGO <span>P533_3</span>	CODIGO <span>P533_4</span>	CODIGO <span>P533_5</span>

534. ¿Fue el parto antes del tiempo, de tiempo, o se pasó de la fecha?	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO —> 536 3. ATRAZADO <b>P534 1</b> 9. NO SABE <b>P534 1</b> > 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO —> 536 3. ATRAZADO <b>P534 2</b> 9. NO SABE <b>P534 2</b> > 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO —> 536 3. ATRAZADO <b>P534 3</b> 9. NO SABE <b>P534 3</b> > 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO —> 536 3. ATRAZADO <b>P534 4</b> 9. NO SABE <b>P534 4</b> > 536	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO —> 536 3. ATRAZADO <b>P534 5</b> 9. NO SABE <b>P534 5</b> > 536
535. ¿Cuántas semanas?	SEMANAS — — <b>P535 1</b>	SEMANAS — — <b>P535 2</b>	SEMANAS — — <b>P535 3</b>	SEMANAS — — <b>P535 4</b>	SEMANAS — — <b>P535 5</b>
536. ¿Cuanto pesó (NOMBRE) al nacer?	<b>P5361b 1</b> (lbs.) · <b>P536oz 1</b> (onz.)	<b>P5361b 2</b> (lbs.) · <b>P536oz 2</b> (onz.)	<b>P5361b 3</b> (lbs.) · <b>P536oz 3</b> (onz.)	<b>P5361b 4</b> (lbs.) · <b>P536oz 4</b> (onz.)	<b>P5361b 5</b> (lbs.) · <b>P536oz 5</b> (onz.)
537. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuándo nació: era pequeño, mediano o grande?	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO <b>P537 1</b> 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO <b>P537 2</b> 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO <b>P537 3</b> 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO <b>P537 4</b> 3. GRANDE 9. NO SABE	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO <b>P537 5</b> 3. GRANDE 9. NO SABE
538. ¿Le dió pecho a (NOMBRE)?		1. SI <b>P538 2</b> 2. NO —> 541	1. SI <b>P538 3</b> 2. NO —> 541	1. SI <b>P538 4</b> 2. NO —> 541	1. SI <b>P538 5</b> 2. NO —> 541
539. ¿Al cuánto tiempo después de nacer empezó a darle el pecho?		1. MIN. 2. HORAS <b>P539 2</b> 3. DIAS	1. MIN. 2. HORAS <b>P539 3</b> 3. DIAS	1. MIN. 2. HORAS <b>P539 4</b> 3. DIAS	1. MIN. 2. HORAS <b>P539 5</b> 3. DIAS
540. ¿Hasta que edad le dió pecho a (NOMBRE)?		1. DIAS — — —> 542 2. MESES — — — <b>P540 2</b>	1. DIAS — — —> 542 2. MESES — — — <b>P540 3</b>	1. DIAS — — —> 542 2. MESES — — — <b>P540 4</b>	1. DIAS — — —> 542 2. MESES — — — <b>P540 5</b>
541. ¿Porqué nunca le dió pecho a (NOMBRE)? CODIGOS: 01. MADRE NO QUERIA 02. NIÑO MURIO 03. NIÑO ENFERMO 04. LECHE INSUFIC./NO LE BAJO 05. DEBIA TRABAJAR 06. NIÑO NO QUERIA 07. INCONVENIENTE 08. LA MADRE ENFERMO 09. PEZON INVERTIDO O LESIONES 10. OTRAS RAZONES		<b>P541 2</b>  CODIGO	<b>P541 3</b>  CODIGO	<b>P541 4</b>  CODIGO	<b>P541 5</b>  CODIGO
542. ¿Después que nació (NOMBRE) le llevó para control de niño sano?	1. SI <b>P542 1</b> 2. NO —> 526 SGTE COL.	1. SI <b>P542 2</b> 2. NO —> 526 SGTE COL.	1. SI <b>P542 3</b> 2. NO —> 526 SGTE COL.	1. SI <b>P542 4</b> 2. NO —> 526 SGTE COL.	1. SI <b>P542 5</b> 2. NO —> 526 SGTE PAGINA
543. ¿Al cuánto tiempo después de nacido le llevó a control por primera vez?	1. DIAS 2. SEMANAS — — <b>P543 1</b> 3. MESES — —	1. DIAS 2. SEMANAS — — <b>P543 2</b> 3. MESES — —	1. DIAS 2. SEMANAS — — <b>P543 3</b> 3. MESES — —	1. DIAS 2. SEMANAS — — <b>P543 4</b> 3. MESES — —	1. DIAS 2. SEMANAS — — <b>P543 5</b> 3. MESES — —
544. ¿A dónde le llevó a control? CODIGOS: 1. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 2. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS 3. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S. 4. HOSP. O CLINICA PARTICULAR 8. OTRO: _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	CODIGO  <b>P544 1</b>  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO  <b>P544 2</b>  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO  <b>P544 3</b>  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO  <b>P544 4</b>  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)	CODIGO  <b>P544 5</b>  (PASE A 526 DE LA SIGUIENTE COLUMNA)

ENTREVISTADORA: REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1988 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR (SEGUN DATOS DE PREGUNTAS 524 Y 525 DE P. 12):

	<u>Nombre</u>	<u>Está Vivo</u>	
		<u>SI</u>	<u>NO</u>
1. El Ultimo	_____	1	2
2. El Pénultimo	_____	1	2
3. Tercer Anterior	_____	1	2
4. Cuarto Anterior	_____	1	2
5. Quinto Anterior	_____	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

545. A. NUMERO DEL NIÑO SELECCIONADO:

— P545A

B. NOMBRE DEL NIÑO SELECCIONADO:

\_\_\_\_\_

C. ESTA VIVO

1. SI P545C  
2. NO

546. Hablando de (NOMBRE), ¿Tuvo Ud. algun control después del parto?

1. SI P546  
2. NO \_\_\_\_\_ > 549

547. ¿Cuánto tiempo después del parto tuvo Ud. su primer control?

1. DIAS \_\_\_\_\_  
2. SEMANAS \_\_\_\_\_ P547  
3. MESES \_\_\_\_\_

548. ¿Dónde tuvo ese control?	1. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 2. OTRO ESTABLECIMIENTO MSPAS 3. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL I.S.S.S. 4. HOSP. O CLINICA PARTICULAR 5. PARTERA 8. OTRO: _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	P548																									
549. VEA 545C: ESTA VIVO (NOMBRE)	1. SI 2. NO _____> p. 19, 600	P549																									
550. ¿Vive (NOMBRE) con Ud. actualmente?	1. SI 2. NO _____> p. 19, 600	P550																									
551. ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas? (INCLUYENDO ESTE DIA)	1. SI 2. NO _____> 563 9. NO SABE _____	P551																									
552. ¿Cuántos días le duró la diarrea?	DIAS ____ 00. MENOS DE UN DIA	P552																									
553. ¿Todavía tiene diarrea?	1. SI 2. NO 9. NO SABE	P553																									
554. ¿Cuántos asientos líquidos hacía en un período de 24 horas?	No. DE ASIENTOS ____	P554																									
555. ¿Los asientos tenían ligones o sangre?	1. SI 2. NO 9. NS/NR	P555																									
556. Durante la diarrea, ¿Tuvo:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>SI</u></th> <th><u>NO</u></th> <th><u>NS/NR</u></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Piel reseca o arrugada? . . . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>P556A</td> </tr> <tr> <td>b. Ojos hundidos y secos? . . . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>P556B</td> </tr> <tr> <td>c. Mollera hundida? . . . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>P556C</td> </tr> <tr> <td>d. Labios secos? . . . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>P556D</td> </tr> </tbody> </table>		<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>		a. Piel reseca o arrugada? . . . . .	1	2	9	P556A	b. Ojos hundidos y secos? . . . . .	1	2	9	P556B	c. Mollera hundida? . . . . .	1	2	9	P556C	d. Labios secos? . . . . .	1	2	9	P556D	
	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>																								
a. Piel reseca o arrugada? . . . . .	1	2	9	P556A																							
b. Ojos hundidos y secos? . . . . .	1	2	9	P556B																							
c. Mollera hundida? . . . . .	1	2	9	P556C																							
d. Labios secos? . . . . .	1	2	9	P556D																							
557. ¿Hizo algo para que se aliviarle?	1. SI 2. NO _____> 562	P557																									
558. ¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?	1. SI 2. NO	P558																									

559. ¿Qué tratamiento recibió el niño?

(LEALE UNO A UNO)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Sales de rehidratación oral . . . .	1	2	9	P559A
b. Suero casero . . . . .	1	2	9	P559B
c. Tratamiento endovenoso (suero) . .	1	2	9	P559C
d. Medicinas comerciales . . . . .	1	2	9	P559D
e. Remedios caseros . . . . .	1	2	9	P559E
f. Otro _____ . . . . .	1	2	9	P559F

(Especifique)

560. Durante la enfermedad ¿Ud. le dió de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da normalmente?

1. MAS LIQUIDOS  
2. MENOS LIQUIDOS  
3. MISMA CANTIDAD  
9. NO SABE/NO RECUERDA

P560

561. Durante la enfermedad ¿Ud. le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?

1. AUMENTO  
2. DISMINUYO  
3. MANTUVO IGUAL  
4. TODAVIA NO COME  
9. NO SABE/NO RECUERDA

P561

PASE A 563

562. ¿Porqué no hizo nada?

1. NO FUE NECESARIO, NO ERA GRAVE  
2. DESCUIDO, NO TUVO TIEMPO  
3. NO TENIA REMEDIO (S) PARA DARLE  
4. NO PUDO IR AL SERVICIO DE SALUD/MEDICO  
5. DIFICULTAD ECONOMICA  
6. SERVICIO DE SALUD/MEDICO MUY LEJOS O POCO ACCESIBLE  
7. MALA ATENCION  
8. OTRA \_\_\_\_\_  
(Especifique)  
9. NO SABE/NO RECUERDA

P562

563. De vez en cuando, los niños tienen problemas respiratorios. ¿En los últimos 3 meses cuántas veces se ha enfermado (NOMBRE) de gripe, resfrío, tos, catarro u otra enfermedad respiratoria?

No. DE VECES \_\_\_\_  
00. NUNCA \_\_\_\_\_> 570  
98. NS/NR \_\_\_\_\_

P563

564. ¿En las últimas dos semanas ha tenido

(NOMBRE) alguno de estos síntomas o

dolencias: (LEALE UNO A UNO)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Ojos rojos o lágrimeo? . . . . .	1	2	9	P564A
b. Nariz tapada/moco líquido? . . . . .	1	2	9	P564B
c. Estornudo? . . . . .	1	2	9	P564C
d. Tos? . . . . .	1	2	9	P564D
e. Fiebre o calentura alta? . . . . .	1	2	9	P564E
f. Dolor de garganta? . . . . .	1	2	9	P564F
g. Ronquera? . . . . .	1	2	9	P564G
h. Dificultad para tragar o alimentarse? . . . . .	1	2	9	P564H
i. Dolor de oídos o secreciones del oído? . . . . .	1	2	9	P564I
j. Respiración rápida, ruidosa, difícil o cansada? . . . . .	1	2	9	P564J
k. Pecho hundido? . . . . .	1	2	9	P564K
l. Labios azules o morados? . . . . .	1	2	9	P564L
m. Se quedaba sin respirar? . . . . .	1	2	9	P564M

SI TODAS LAS RESPUESTAS EN PREGUNTA 564 TIENEN CODIGO 2 ó 9,  
PASE A PREGUNTA 570.

565. ¿Cuántos días estuvo enfermo?

No. DE DIAS \_\_\_\_

00. MENOS DE UN DIA

33. MAS DE UN MES

P565

566. ¿Hizo algo para que se aliviarle?

1. SI

2. NO

9. NS/NR

P566

> 569

567. ¿Le atendió (vió) un médico o enfermera?

1. SI

2. NO

P567

568. ¿Qué tratamiento recibió el niño:

(LEALE UNO A UNO)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Antibióticos? . . . . .	1	2	9	P568A
b. Antidescongestionante? . . . . .	1	2	9	P568B
c. Algo para la calentura? . . . . .	1	2	9	P568C
d. Algo para la tos? . . . . .	1	2	9	P568D
e. Hospitalización? . . . . .	1	2	9	P568E
f. Otra? . . . . .	1	2	9	P568F

(Especifique)

PASE A 570



569. Por qué no hizo nada?

1. NO FUE NECESARIO, NO ERA GRAVE
2. DESCUIDO, NO TUVO TIEMPO
3. NO TENIA REMEDIO (S) PARA DARLE
4. NO PUDO IR AL SERVICIO DE SALUD/MEDICO
5. DIFICULTAD ECONOMICA
6. SERVICIO DE SALUD/MEDICO MUY LEJOS O POCO ACCESIBLE
7. MALA ATENCION P569
8. OTRA \_\_\_\_\_  
(Especifique)
9. NO SABE/NO RECUERDA

570. Ahora hablaremos de las vacunas, ¿Podría mostrarme el carnet o tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?

1. SI P570
2. NO

571. ENTREVISTORA: REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO ESTE REGISTRADA EN EL CARNET, PREGUNTE: Le han puesto la (VACUNA/DOSIS) a (NOMBRE). SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

	SEGUN CARNET				SEGUN MADRE		
	TIENE DOSIS		MES Y AÑO		¿Tiene la (VACUNA)?		
	SI	NO			SI	NO	NS/NR
- BCG . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571B1C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571B1M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571B1A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571B1E</span>	1	2 9
- DPT - 1 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D1C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D1M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D1A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D1E</span>	1	2 9
- DPT - 2 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D2C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D2M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D2A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D2E</span>	1	2 9
- DPT - 3 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D3C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D3M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D3A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D3E</span>	1	2 9
- DPT (Refuerzo) . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D4C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D4M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D4A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571D4E</span>	1	2 9
- POLIO - 1 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P1C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P1M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P1A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P1E</span>	1	2 9
- POLIO - 2 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P2C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P2M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P2A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P2E</span>	1	2 9
- POLIO - 3 . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P3C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P3M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P3A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P3E</span>	1	2 9
- POLIO (Refuerzo) . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P4C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P4M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P4A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571P4E</span>	1	2 9
- SARAMPION . . . . . <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571S1C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571S1M</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571S1A</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P571S1E</span>	1	2 9

VI. AUTOPSIA VERBAL

600.	VEA 425 ¿HAY HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1988 (COLUMNA e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD? (COLUMNA f)	1. SI 2. NO	p. 29, 700
		<b>P600</b>	

601.	NUMERO DE HIJOS QUE MURIERON A PARTIR DE ENERO DE 1988 Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD	<b>P601</b>
------	--	-------------

EL NACIDO MAS RECIENTE QUE MURIO

602.	ENTREVISTADORA: VEA 425 (COLUMNAS a, c y f) Y ANOTE EL NUMERO DE LA LINEA EN CUADRO 425, EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, Y LA EDAD DEL NACIDO MAS RECIENTE QUE MURIO.	LINEA EN 425 — — NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO DIA — — MES — — AÑO — — EDAD CUANDO MURIO 1. DIAS — — 2. MESES — — 3. AÑOS — —	<b>P602LIN</b> <b>P602DIA</b> <b>P602MES</b> <b>P602ANO</b> <b>P602EDAD</b>
------	---	---	---

LEA: Ahora deseo hacer unas preguntas sobre (NOMBRE):

603.	VEA EN 602 SI NACIO A PARTIR DE ENERO DE 1988.	1. ANTES DE ENERO DE 1988 2. A PARTIR DE ENERO DE 1988	<b>P603</b> 608
------	--	---	--------------------

604.	¿Fue el parto de (NOMBRE) antes del tiempo, de tiempo, o se pasó de la fecha?	1. ANTES DEL TIEMPO 2. DE TIEMPO 3. ATRAZADO 9. NO SABE	606 <b>P604</b> 606
------	---	--	---------------------------

605.	¿Cuántas semanas?	SEMANAS — —	<b>P605</b>
------	-------------------	-------------	-------------

606.	En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era pequeño, mediano o grande?	1. PEQUEÑO 2. MEDIANO 3. GRANDE 9. NO SABE/NO RECUERDA	<b>P606</b>
------	---	---	-------------

607.	¿Dónde tuvo el parto?	01. HOSPITAL O CENTRO DEL MSPAS 02. OTRO ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS 03. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL ISSS 04. HOSPITAL O CLINICA PARTICULAR 05. CASA DE PARTERA 06. CASA PROPIA CON PARTERA 07. CASA PROPIA CON OTROS 08. CASA PROPIA CON NADIE 20. OTRO (Especifique) 98. NO SABE/NO RECUERDA	<b>P607</b>
------	-----------------------	---	-------------

608.	¿Qué alimentación recibió (el niño /la niña) la semana antes de morir? (PARA CADA TIPO DE ALIMENTACION CIRCULE EL CODIGO 1 ó 2 SEGUN LA RESPUESTA DE LA ENTREVISTADA).		
		<u>MENCIONADA</u>	<u>NO MENCIONADA</u>
A.	PECHO .....	1	2
B.	FORMULA .....	1	2
C.	OTRA LECHE .....	1	2
D.	OTROS LIQUIDOS .....	1	2
E.	SOLIDOS .....	1	2
			<b>P608A</b> <b>P608B</b> <b>P608C</b> <b>P608D</b> <b>P608E</b>

609.	¿Murió el niño por un accidente o por enfermedad?	1. ACCIDENTE		P609	
		2. ENFERMEDAD	_____		> 610

609a. ¿Que accidente tuvo?

PASE A 614
------------

610. En sus palabras, ¿qué es lo que más recuerda Ud. de esa enfermedad?

611.	VEA EN 602 SI EL NIÑO MURIO ANTES DE 29 DIAS DE EDAD.	1. ANTES DE 29 DIAS DE EDAD		P611	
		2. DE 29 DIAS DE EDAD O MAS	_____		> 613

PREGUNTAS PARA NIÑOS, QUE FALLECIERON ANTES DE 29 DIAS DE EDAD

612.	a. ¿Cuánto tiempo antes de dar a luz, se le rompió la "fuente"? (bolsa de agua)	1. MINUTOS ____			
		2. HORAS ____			
		3. DIAS ____		P612A	
		555. NUNCA ROMPIO			
		998. NO SABE/NO RECUERDA			

b. Podría Ud. decirme:

[LEALE CADA PREGUNTA]

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
¿Estaba sangrando Ud. en los últimos días antes del parto? .....	1	2	9	P612SANG
¿Tenía Ud. fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto? .....	1	2	9	P612SINT
¿Nació el niño de pies? .....	1	2	9	P612PIES
¿Estaba atravesado(a)? .....	1	2	9	P612ATRA
¿Traía el cordón del ombligo enrollado en la garganta (cuello)? .....	1	2	9	P612GARG
¿Tuvieron que hacerle cesárea a Ud. para ese niño? .....	1	2	9	P612CESR
¿Lloró el niño en los momentos después de nacer? .....	1	2	9	P612LLOR
¿El niño se veía como morado al nacer? .	1	2	9	P612AZUL

c.Durante los días antes de que muriera:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
¿El niño, podía mamar? .....	1	2	9	P612LACT
¿Tenía los labios azules o morados? .....	1	2	9	P612LABS
¿Tenía el pecho hundido? .....	1	2	9	P612PECH
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada? .....	1	2	9	P612RESP
¿Tenía tos? .....	1	2	9	P612TOS
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días? .	1	2	9	P612FIEB
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal? .....	1	2	9	P612LACT
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas? .....	—	—	9	P612NUM
- ¿Tenía ligones o sangre en la diarrea? .....	1	2	9	P612MOCO
¿Tenía vómitos? .....	1	2	9	P612VOM
¿Tenía la piel reseca o arrugada? .....	1	2	9	P612PIEL
¿Tenía los ojos hundidos? .....	1	2	9	P612OJOS
¿Tenía la mollera hundida? .....	1	2	9	P612MLLR
¿Podía orinar? .....	1	2	9	P612NRN
¿Tenía la espalda tiesa o como doblada? .....	1	2	9	P612ESPL
¿Tenía infección en el ombligo? .....	1	2	9	P612OMBL
¿Tenía convulsiones o ataques? .....	1	2	9	P612CONV
¿Podía abrir la boca para llorar? .....	1	2	9	P612BOCA
¿Podía mover las piernas? .....	1	2	9	P612PARA
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? .....	1	2	9	P612DEFE
	V			

(Especifique)

PASE A 614

613. Durante la semana antes de que muriera:	SI	NO	NS/NR	
¿El niño, podía mamar? .....	1	2	9	P613LACT
¿Tenía el pecho hundido? .....	1	2	9	P613PECH
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada? .....	1	2	9	P613RESP
¿Tenía tos convulsiva (como chifladora)? .....	1	2	9	P613TOS
¿Tenía los labios azules o morados? .....	1	2	9	P613LABS
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días? ..	1	2	9	P613FIEB
¿Tenía temblores? .....	1	2	9	P613TEMB
¿Tenía escalofríos? .....	1	2	9	P613ESC
¿Sudaba mucho? .....	1	2	9	P613SUD
¿Tenía los ojos rojos y llorosos? .....	1	2	9	P613ROJ
¿Tenía erupciones o ronchas en la piel? .....	1	2	9	P613ERUP
¿Tenía heridas o rajaduras en los labios? .....	1	2	9	P613HRAS
¿Tenía el pelo rojo o delgado? .....	1	2	9	P613PELO
¿Tenía la piel reseca o arrugada? .....	1	2	9	P613PIEL
¿Tenía los ojos hundidos? .....	1	2	9	P613OJOS
¿Tenía la mollera hundida? .....	1	2	9	P613MLLR
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal? .....	1	2	9	P613DIAR
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas? .....	—	—	—	P613NUM
- ¿Tenía ligones o sangre en la diarrea? .....	1	2	9	P613MOCO
¿Tenía vómitos? .....	1	2	9	P613VOM
- ¿Tenía vómitos después de toser? .....	1	2	9	P613DTOS
¿Tenía el estómago hinchado? .....	1	2	9	P613ABDM
¿Podía orinar? .....	1	2	9	P613ORNR
¿Tenía la espalda dura o como doblada? .....	1	2	9	P613ESPL
¿Tenía convulsiones o ataques? .....	1	2	9	P613CONV
¿Podía abrir la boca para llorar? .....	1	2	9	P613BOCA
¿Podía mover las piernas? .....	1	2	9	P613PARA
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? .....	1	2	9	P613DEFE
	V			
	(Especifique)			
¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto:?				
- BCG (la que se pone en el hombro izquierdo cuando nacen o en el primer control) .....	1	2	9	P613BCG
- DPT (Triple) .....	1	2	9	P613DPT
- POLIO .....	1	2	9	P613POL
- SARAMPION .....	1	2	9	P613SAR

---

614. ¿Tiene la partida de defunción de (NOMBRE)? 1. SI P614 2. NO \_\_\_\_\_ > 617

---

615. ¿Me permitiría verla? 1. MUESTRA CERTIFICADO P615 2. NO LO MUESTRA \_\_\_\_\_ > 617

---

616. ANOTE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGUN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION.

PASE A 619

---

617. ¿Le dijeron a Ud. la causa de muerte de (NOMBRE)? ¿Qué fue?

PASE A 619

---

618. USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL: CAUSA PRIMARIA \_\_\_\_ P618PRIM  
CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE: CAUSA SECUNDARIA \_\_\_\_ P618SECU

01. Accidente  
02. Prematurez/bajo peso al nacer  
03. Tétanos neonatal  
04. Trauma del nacimiento/asfixia perinatal  
05. Infección aguda de vías respiratorias  
06. Diarrea, deshidratación  
07. Malaria (Paludismo)  
08. Sarampión  
09. Tosferina  
10. Meningitis  
11. Anomalías congénitas  
12. Otras complicaciones perinatales  
13. Mala nutrición  
14. Sepsis/Falla de órganos múltiples  
20. Otro \_\_\_\_\_  
(Especifique)  
98. No especificado

---

619. VEA EN 601 SI HAY MAS DE UN MUERTO 1. MAS DE UNO P619  
 2. SOLO UNO \_\_\_\_\_ > p. 29, 700

ANTERIOR NIÑO NACIDO VIVO QUE MURIO

620. ENTREVISTADORA: VEA 425 (COLUMNAS a, c y f) Y ANOTE EL NUMERO DE LA LINEA EN CUADRO 425, EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y LA EDAD DEL ANTERIOR NIÑO NACIDO VIVO QUE MURIO.

LINEA EN 425 P620LIN  
 NOMBRE  
 FECHA DE NACIMIENTO P620DIA  
 DIA \_\_\_\_ P620MES  
 MES \_\_\_\_ P620ANO  
 AÑO \_\_\_\_  
 EDAD CUANDO MURIO P620EDAD  
 1. DIAS \_\_\_\_  
 2. MESES \_\_\_\_  
 3. AÑOS \_\_\_\_

LEA: Ahora deseo hacer unas preguntas sobre (NOMBRE):

621. VEA EN 0 SI NACIO A PARTIR DE ENERO DE 1988. 1. ANTES DE ENERO DE 1988 P621  
 2. A PARTIR DE ENERO DE 1988 \_\_\_\_\_ > 626

622. ¿Fue el parto de (NOMBRE) antes del tiempo, de tiempo, o se pasó de la fecha? 1. ANTES DEL TIEMPO P622  
 2. DE TIEMPO \_\_\_\_\_ > 624  
 3. ATRAZADO  
 9. NO SABE \_\_\_\_\_ > 624

623. ¿Cuántas semanas? SEMANAS \_\_\_\_ P623

624. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (NOMBRE) cuando nació: era pequeño, mediano o grande? 1. PEQUEÑO  
 2. MEDIANO P624  
 3. GRANDE  
 9. NO SABE/NO RECUERDA

625. ¿Dónde tuvo el parto? 01. HOSPITAL O CENTRO DEL MSPAS  
 02. OTRO ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS  
 03. HOSPITAL O UNIDAD MEDICA DEL ISSS  
 04. HOSPITAL O CLINICA PARTICULAR  
 05. CASA DE PARTERA  
 06. CASA PROPIA CON PARTERA  
 07. CASA PROPIA CON OTROS  
 08. CASA PROPIA CON NADIE P625  
 20. OTRO  
 (Especifique)  
 98. NO SABE/NO RECUERDA

626. ¿Qué alimentación recibió (el niño/la niña) la semana antes de morir? (PARA CADA TIPO DE ALIMENTACION CIRCULE EL CODIGO 1 ó 2 SEGUN LA RESPUESTA DE LA ENTREVISTADA).

	<u>MENCIONADA</u>	<u>NO MENCIONADA</u>	
A. PECHO .....	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P626A</span>
B. FORMULA .....	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P626B</span>
C. OTRA LECHE .....	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P626C</span>
D. OTROS LIQUIDOS .....	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P626D</span>
E. SOLIDOS .....	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P626E</span>

627. ¿Murió el niño por un accidente o por enfermedad?	1. ACCIDENTE	P627	
	2. ENFERMEDAD		> 628

627a. ¿Que accidente tuvo?

PASE A 632

628. En sus palabras, ¿qué es lo que más recuerda Ud. de esa enfermedad?

629. VEA EN 620 SI EL NIÑO MURIO ANTES DE 29 DIAS DE EDAD.	1. ANTES DE 29 DIAS DE EDAD	P629	
	2. DE 29 DIAS DE EDAD O MAS		> 631

PREGUNTAS PARA NIÑOS, QUE FALLECIERON ANTES DE 29 DIAS DE EDAD

630. a. ¿Cuanto tiempo antes de dar a luz, se le rompió la "fuente"? (bolsa de agua)	1. MINUTOS	___	___	
	2. HORAS	___	___	
	3. DIAS	___	___	P630A
	555. NUNCA ROMPIO			
	998. NO SABE/NO RECUERDA			

b. Podría Ud. decirme:

[LEALE CADA PREGUNTA]

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
¿Estaba sangrando Ud. en los últimos días antes del parto? .....	1	2	9	P630SANG
¿Tenía Ud. fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto? .....	1	2	9	P630SINT
¿Nació el niño de pies? .....	1	2	9	P630PIES
¿Estaba atravesado(a)? .....	1	2	9	P630ATRA
¿Traía el cordón del ombligo enrollado en la garganta (cuello)? .....	1	2	9	P630GARG
¿Tuvieron que hacerle cesárea a Ud. para ese niño? .....	1	2	9	P630CESR
¿Lloró el niño en los momentos después de nacer? .....	1	2	9	P630LLOR
¿El niño se veía como morado al nacer? .	1	2	9	P630AZUL



c.Durante los días antes de que muriera:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
¿El niño, podía mamar? .....	1	2	9	P630LACT
¿Tenía los labios azules o morados? .....	1	2	9	P630LABS
¿Tenía el pecho hundido? .....	1	2	9	P630PECH
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada? .....	1	2	9	P630RESP
¿Tenía tos? .....	1	2	9	P630TOS
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días? .	1	2	9	P630FIEB
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal? .....	1	2	9	P630LACT
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas? .....				P630NUM
- ¿Tenía ligones o sangre en la diarrea? .....	1	2	9	P630MOCO
¿Tenía vómitos? .....	1	2	9	P630VOM
¿Tenía la piel reseca o arrugada? .....	1	2	9	P630PIEL
¿Tenía los ojos hundidos? .....	1	2	9	P630OJOS
¿Tenía la mollera hundida? .....	1	2	9	P630MLLR
¿Podía orinar? .....	1	2	9	P630NRN
¿Tenía la espalda tiesa o como doblada? .....	1	2	9	P630ESPL
¿Tenía infección en el ombligo? .....	1	2	9	P630OMBL
¿Tenía convulsiones o ataques? .....	1	2	9	P630CONV
¿Podía abrir la boca para llorar? .....	1	2	9	P630BOCA
¿Podía mover las piernas? .....	1	2	9	P630PARA
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? .....	1	2	9	P630DEFE
	V			

(Especifique)

PASE A 632

PREGUNTAS PARA NIÑOS, QUE FALLECIERON A LOS 29 O MAS DIAS DE EDAD.

631. Durante la semana antes de que muriera:	SI	NO	NS/NR	
¿El niño, podía mamar? .....	1	2	9	P631LACT
¿Tenía el pecho hundido? .....	1	2	9	P631PECH
¿Tenía la respiración difícil, rápida, ruidosa o cansada? .....	1	2	9	P631RESP
¿Tenía tos convulsiva (como chifladora)? .....	1	2	9	P631TOS
¿Tenía los labios azules o morados? .....	1	2	9	P631LABS
¿Tuvo fiebre o calentura alta por más de dos días? .	1	2	9	P631FIEB
¿Tenía temblores? .....	1	2	9	P631TEMB
¿Tenía escalofríos? .....	1	2	9	P631ESC
¿Sudaba mucho? .....	1	2	9	P631SUD
¿Tenía los ojos rojos y llorosos? .....	1	2	9	P631ROJ
¿Tenía erupciones o ronchas en la piel? .....	1	2	9	P631ERUP
¿Tenía heridas o rajaduras en los labios? .....	1	2	9	P631HRAS
¿Tenía el pelo rojo o delgado? .....	1	2	9	P631PELO
¿Tenía la piel reseca o arrugada? .....	1	2	9	P631PIEL
¿Tenía los ojos hundidos? .....	1	2	9	P631OJOS
¿Tenía la mollera hundida? .....	1	2	9	P631MLLR
¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos mas seguidos que lo normal? .....	1	2	9	P631DIAR
- ¿Cuántos asientos hacía en 24 horas? .....	—	—	—	P631NUM
- ¿Tenía ligones o sangre en la diarrea? .....	1	2	9	P631MOCO
¿Tenía vómitos? .....	1	2	9	P631VOM
- ¿Tenía vómitos después de toser? .....	1	2	9	P631DTOS
¿Tenía el estómago hinchado? .....	1	2	9	P631ABDM
¿Podía orinar? .....	1	2	9	P631ORNR
¿Tenía la espalda dura o como doblada? .....	1	2	9	P631ESPL
¿Tenía convulsiones o ataques? .....	1	2	9	P631CONV
¿Podía abrir la boca para llorar? .....	1	2	9	P631BOCA
¿Podía mover las piernas? .....	1	2	9	P631PARA
¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza? .....	1   V	2	9	P631DEFE
¿Cuál de las siguientes vacunas le habian puesto?:	(Especifique)			
- BCG (la que se pone en el hombro izquierdo cuando nacen o en el primer control) .....	1	2	9	P631BCG
- DPT (Triple) .....	1	2	9	P631DPT
- POLIO .....	1	2	9	P631POL
- SARAMPION .....	1	2	9	P631SAR



VII. MORBILIDAD MATERNA

700. VEA EN 413 SI HAY PERDIDAS O MORTINATOS	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P700</span>	
	2. NO _____	> 703
701. ¿Su último embarazo terminó en pérdida, nacido muerto o nacido vivo?	1. PERDIDA	
	2. NACIDO MUERTO <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P700</span>	
	3. NACIDO VIVO _____	> 703
702. ¿En qué fecha terminó su último embarazo?	DIA ____ MES ____ AÑO ____	> 704
	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P702DIA</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P702MES</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P702AÑO</span>	
703. VEA EN 425c LA FECHA DEL ULTIMO NACIDO VIVO	DIA ____ MES ____ AÑO ____	
	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P703DIA</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P703MES</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P703AÑO</span>	
704. LA FECHA ES ANTES DE ENERO DE 1991 O A PARTIR DE ENERO DE 1991	1. ANTES DE ENERO DE 1991 _____	> p. 34, 800
	2. A PARTIR DE ENERO DE 1991 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P704</span>	
705. En los tres meses antes de darse cuenta que estaba embarazada, ¿fumaba cigarillos?	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P705</span>	
	2. NO _____	
	9. NO SABE O NO RECUERDA _____	> 708
706. ¿Mas o menos, cuantos cigarillos se fumaba al día durante los tres meses antes de saber que estaba embarazada?	____ CIGARILLOS POR DIA	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P706</span>
707. ¿Mas o menos, cuantos cigarillos se fumaba al día despues de saber que estaba embarazada?	____ CIGARILLOS POR DIA	
	00. NINGUNO <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P707</span>	
708. ¿Cuántas libras aumentó de peso desde el primer control hasta el final de su embarazo?	____ LIBRAS	
	90. NUNCA TUVO CONTROL <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P708</span>	
709. ¿Antes de ese embarazo, le dijo alguien que Ud. tenía la presión alta?	1. SI	
	2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P709</span>	
	9. NO SABE O NO RECUERDA	

	a. TUVO CONDICION	b. ¿Consultó Ud. a alguien por esto?	c. ¿A quién consultó?	d. ¿Qué hizo Ud. para su tratamiento?
710. Hay mujeres que cuando están embarazadas se le sube la presión. ¿Durante su embarazo, se le subió demasiado la presión?	1. SI 2. NO 3. NS/NR V 711 P710A	1. SI 2. NO 3. Ns/Nr >d P710B	1. DOCTOR 2. ENFERMERA 3. PARTERA 4. PARIENTES 8. OTRO (Especif.) P710C	0. NADA 1. TOMO MEDICINAS 2. REMEDIOS CASEROS 3. REPOSO MAS 4. CAMBIO LA ALIMENTACION 8. OTRO (Especif.) P710D
711. Hay mujeres que cuando están embarazadas se les hincha la cara, las manos o los pies. ¿Durante su último embarazo, se le hinchó alguna de estas partes?	1. SI 2. NO 3. NS/NR V 712 P711A	1. SI 2. NO 3. Ns/Nr >d P711B	1. DOCTOR 2. ENFERMERA 3. PARTERA 4. PARIENTES 8. OTRO (Especif.) P711C	0. NADA 1. TOMO MEDICINAS 2. REMEDIOS CASEROS 3. REPOSO MAS 4. CAMBIO LA ALIMENTACION 8. OTRO (Especif.) P711D
712. De vez en cuando algunas mujeres embarazadas tienen sangramiento de la vagina más que el manchado normal. ¿En su último embarazo, tuvo este tipo de sangramiento?	1. SI 2. NO 3. NS/NR V 713 P712A	1. SI 2. NO 3. Ns/Nr >d P712B	1. DOCTOR 2. ENFERMERA 3. PARTERA 4. PARIENTES 8. OTRO (Especif.) P712C	0. NADA 1. TOMO MEDICINAS 2. REMEDIOS CASEROS 3. REPOSO MAS 4. CAMBIO LA ALIMENTACION 8. OTRO (Especif.) P712D
713. ¿En su último embarazo, sintió mareos o debilidad?	1. SI 2. NO 3. NS/NR V 714 P713A	1. SI 2. NO 3. Ns/Nr >d P713B	1. DOCTOR 2. ENFERMERA 3. PARTERA 4. PARIENTES 8. OTRO (Especif.) P713C	0. NADA 1. TOMO MEDICINAS 2. REMEDIOS CASEROS 3. REPOS MAS 4. CAMBIO LA ALIMENTACION 5. TOMO VITAMINAS 8. OTRO (Especif.) P713D

714. Durante el embarazo ¿tomó pastillas de hierro?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P714

715. Durante el embarazo ¿le dijo alguien que Ud. tenía "anemia"? (falta de hierro en la sangre)

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P715

716. VEA 701 ¿COMO TERMINO EL EMBARAZO?

1. PERDIDA  
2. NACIDO MUERTO > 718  
3. NACIDO VIVO > 729

P716

717. ¿Esta pérdida (aborto) fue espontanea o inducida? (provocado)

1. ESPONTANEO  
2. INDUCIDO

P717

718. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada?

1. SI  
2. NO > 722

P718

719. ¿Dónde tuvo su control?	1. ESTABLECIMIENTO DE MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS 3. HOSPITAL/CLINICA/MEDICO PRIVADO 4. PARTERA 8. OTRO _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RECUERDA	P719																		
720. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	MESES	P720																		
721. ¿En total, cuántos controles tuvo?	No. DE CONTROLES	P721																		
722. ¿Cuántos meses le duró este embarazo?	MESES	P722																		
723. ¿Cuando tuvo (la pérdida del embarazo/ el nacido muerto) tuvo Ud.: a. Dolores intensos del vientre? .... b. Sangramiento intenso (hemorragia)? c. Fiebre o calentura alta? ..... d. Sangramiento o manchado prolongado? ..... e. Flujos o líquidos vaginales con mal olor? .....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO	NS/NR	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9	P723A P723B P723C P723D P723E
SI	NO	NS/NR																		
1	2	9																		
1	2	9																		
1	2	9																		
1	2	9																		
1	2	9																		
724. ¿Recibió atención cuando (perdió el embarazo/tuvo el nacido muerto)?	1. SI 2. NO _____ 9. NO SABE O NO RECUERDA _____	P724 > 726 > 728																		
725. ¿En que lugar le atendieron?	01. HOSPITAL O CENTRO DE MSPAS 02. HOSPITAL O UNIDAD ISSS 03. HOSPITAL PRIVADO 05. OTRO ESTABL. DE MSPAS 06. CLINICA PARTICULAR 07. PARTERA 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE O NO RECUERDA	P725 > 727																		
726. ¿Porque no fue a un hospital?	01. NO LO CONSIDERO NECESARIO 02. DEMASIADO LEJOS 03. SERVICIOS MALOS 04. POR PENA O VERGUENZA 05. FALTA DE DINERO 06. DEMASIADO OCUPADA 07. FALTA DE TRANSPORTE 08. NADIE PODIA CUIDAR LOS NIÑOS 09. MARIDO/PARIENTES NO LE PERMITIO 10. CLINICA CON HOSPITALIZACION 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE O NO RECUERDA	P726																		
PASE A 728																				
727. ¿Por cuanto tiempo estuvo hospitalizada?	DIAS 00 MENOS DE UN DIA	P727																		

728. Como resultado de este embarazo, ¿Tuvo después alguno de los siguientes problemas:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Le quitaron la matriz (histerectomía)? .....	1	2	9	P728A
b. Sangramiento intenso? .....	1	2	9	P728B
c. Reglas irregulares? .....	1	2	9	P728C
d. No pudo salir embarazada? .....	1	2	9	P728D
e. Inflamación o infección? .....	1	2	9	P728E

PASE A 800

729. ¿En su último embarazo, cuánto tiempo duró el trabajo del parto? (desde las primeras contracciones)

— — HORAS  
77. MAS QUE 3 DIAS  
78. NO TUVO TRABAJO —————> 733

P729

730. ¿Tuvieron que romper la fuente para empezar o apurar el trabajo del parto?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P730

731. ¿Le dieron medicinas o remedios para empezar o apurarlo?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P731

732. ¿Y para aliviar el dolor, tomó algo?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P732

733. Durante el parto ¿Tuvo Ud. algunos de los siguientes problemas:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Sangramiento intenso? .....	1	2	9	P733A
b. Presión alta? .....	1	2	9	P733B
c. Convulsiones o ataques? .....	1	2	9	P733C
d. Desmayos? .....	1	2	9	P733D
e. Fuertes dolores de cabeza? .....	1	2	9	P733E
f. Vision borrosa? .....	1	2	9	P733F
g. Fiebres o escalofríos? .....	1	2	9	P733G
h. Vómitos? .....	1	2	9	P733H
i. Vómito con sangre? .....	1	2	9	P733I
j. Rompimiento del útero? .....	1	2	9	P733J
k. Rompimiento de la vagina? .....	1	2	9	P733K
l. Sentir mareos o debilidad? .....	1	2	9	P733L
m. Placenta previa? .....	1	2	9	P733M

734. ¿Le sobaron el estómago durante el parto?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE O NO RECUERDA

P734

POST PARTO

¿Como consecuencia del parto, durante los 40 días (la dieta) después del parto tuvo alguno de los siguientes problemas?

PROBLEMAS	735. ¿Tuvo este problema?	736. ¿Cuánto tiempo le duró?
a. Sangramiento intenso de la vagina	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735A V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736A</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
b. Fiebre o calentura alta	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735B V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736B</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
c. Orinarse sin querer	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735C V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736C</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
d. Infección de los pechos	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735D V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736D</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
e. Convulsiones o ataques	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735E V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736E</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
f. Dolor o ardor al orinar	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735F V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736F</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
g. Dolor de hemorroides o almorranas (cuando se inflaman las venas del ano)	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735G V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736G</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
h. Flujos o líquidos vaginales con mal olor	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735H V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736H</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
i. Diviesos	1. SI _____> 2. NO _____  9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735I V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736I</div> 3. MESES 777. AUN TIENE
j. Dolor al tener relaciones sexuales	1. SI _____> 2. NO _____  8. NO TUVO RELACIONES 9. NS/NR _____  <div style="text-align: right;">P735J V</div>	1. DIAS 2. SEMANAS <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P736J</div> 3. MESES 777. AUN TIENE



# VIII. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificacion familiar. Es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

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

METODO	800. Ha oído hablar de...? (SI NO HA OIDO, PASE A SIGUIENTE METODO)	801. alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE METODO)	802. Usa Actualmente? (últimos 30 días)
	SI NO	SI NO	SI NO
01. Píldoras o pastillas anti-conceptivas	1 2 P800_01	1 2 P801_01	1 2 P802_01
02. DIU, Aparatito o T de Cobre	1 2 P800_02	1 2 P801_02	1 2 P802_02
03. Condón o Preservativo	1 2 P800_03	1 2 P801_03	1 2 P802_03
04. Inyección anticonceptiva	1 2 P800_04	1 2 P801_04	1 2 P802_04
05. Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/ovulos/tabletas)	1 2 P800_05	1 2 P801_05	1 2 P802_05
06. NORPLANT o implante	1 2 P800_06	1 2 P801_06	1 2 P802_06
07. Esterilización femenina	1 2 P800_07	1 2 P801_07	1 2 P802_07
08. Vasectomía o esterilización masculina	1 2 P800_08	1 2 P801_08	1 2 P802_08
09. Método de Billings	1 2 P800_09	1 2 P801_09	1 2 P802_09
10. Ritmo, Calendario o control de la menstruación	1 2 P800_10	1 2 P801_10	1 2 P802_10
11. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1 2 P800_11	1 2 P801_11	1 2 P802_11

803. ENTREVISTADORA: VEA PREGUNTAS 800, 801 Y 802 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE P803
1. LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE \_\_\_\_\_ > 823
2. LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS \_\_\_\_\_ > 812
3. LA ENTREVISTADA HA USADO METODO PERO NO USA ACTUALMENTE

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE HAN USADO METODO PERO QUE NO USAN ACTUALMENTE

804. ¿Cuál fué el último método que usó  
(Ud. o su pareja)?
01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION P804
05. METODOS VAGINALES
06. NORPLANT
07. ESTERILIZACION \_\_\_\_\_ INDAGUE Y  
FEMENINA \_\_\_\_\_ > CORRIJA  
08. VASECTOMIA \_\_\_\_\_ 802
09. METODO BILLINGS \_\_\_\_\_
10. RITMO \_\_\_\_\_ > 806
11. RETIRO \_\_\_\_\_
98. NO RECUERDA/NO SABE

805. ¿Dónde obtuvo el último método que  
Ud. usó?
01. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
02. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
03. ADS PUESTO PRO-FAMILIA
04. ADS CLINICA PRO-FAMILIA
05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
06. FARMACIA
07. PARTERA
08. MERCADO P805
09. IGLESIA
20. OTRO \_\_\_\_\_  
(Especifique)
98. NO RECUERDA/NO SABE

PASE A 807

806. ¿Dónde recibió orientación sobre  
(NOMBRE DEL METODO)?
1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
3. ADS CLINICA PRO-FAMILIA
4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
5. IGLESIA
6. ESPOSO/COMPAÑERO P806
8. OTRO \_\_\_\_\_  
(Especifique)
9. NO SABE

807. ¿Porqué razón dejó de usarlo?

01. PARA EMBARAZARSE
02. NO HABIA DONDE LO OBTENIA
03. LE QUEDA LEJOS
04. NO TUVO DINERO PARA COMPRAR
05. TUVO EFECTOS COLATERALES
06. NO FUE EFICAZ / LE FALLO
07. EL COMPAÑERO SE OPUSO
08. DIFICULTAD DE USO
09. FATALISMO (NO VALE LA PENA)
10. DESCUIDO
11. SIN VIDA SEXUAL
12. MALA CALIDAD DE ATENCION
13. RAZONES RELIGIOSAS
20. OTRA

P807

(Especifique)

98. NO RECUERDA/NO SABE

808. ¿Cuál fue el primer método que usó (Ud. o su pareja)?

01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION
05. METODOS VAGINALES
06. NORPLANT
08. VASECTOMIA
09. METODO BILLINGS
10. RITMO
11. RETIRO
20. OTRO

P808

(Especifique)

98. NO RECUERDA/NO SABE

809. ¿En qué mes y año comenzó a usar  
(NOMBRE DEL METODO)?

MES P809MES AÑO P809AÑO \_\_\_\_\_> 811

98. NO SABE/NO RECUERDA

810. ¿Que edad tenía cuando comenzó a usarlo?

EDAD          

P810

811. Cuando usted comenzó a usar el primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía?

HIJOS VIVOS \_\_\_\_

P811

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

812. VEA EN 400 SI ESTA EMBARAZADA	1. EMBARAZADA _____ > 817 2. NO EMBARAZADA <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P812</span> 9. NO SABE _____
813. ¿Hay alguna razón por la cual Ud. no puede quedar embarazada aunque quisiera?	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P813</span> 2. NO _____ > 815 9. NO SABE _____
814. ¿Cuál es la razón?	1. FUE OPERADA POR RAZONES _____ MEDICAS Y NO PUEDE TENER MAS HIJOS <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P814</span> 2. MENOPAUSIA 3. YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE ESTA QUERIENDO EMBARAZARSE SIN RESULTADO _____ > 900 4. YA PASARON 2 AÑOS O MAS QUE NO USA Y NO QUEDA EMBARAZADA _____ 5. SIN VIDA SEXUAL _____ > 817 6. AMAMANTAMIENTO _____ 8. OTRA _____ > 815 (Especifique)
815. ¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos actualmente?	01. DESEA EMBARAZO _____ 02. POSTPARTO O AMAMANTAMIENTO _____ > 817 03. SIN VIDA SEXUAL 04. FATALISMO (NO VALE LA PENA) _____ 05. MIEDO A EFECTOS COLATERALES 06. TUVO EFECTOS COLATERALES 07. NO TIENE DINERO PARA COMPRAR 08. FALTA DE CONOCIMIENTO DE METODO 09. LE QUEDA LEJOS 10. RAZONES RELIGIOSAS <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P815</span> 11. EL COMPAÑERO SE OPONE 12. POR EDAD AVANZADA _____ > 900 13. NO LE GUSTA _____ 14. DIFICULTAD DE USO 15. MALA CALIDAD DE ATENCION 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE O NO RESPONDE
816. ¿Desea Ud. usar algún método para evitar tener hijos actualmente?	1. SI _____ > 818 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P816</span> 9. NO SABE/NO RESPONDE
817. ¿Y en el futuro, le gustaría usar algún método?	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P817</span> 2. NO _____ > 900 9. NO SABE/NO RESPONDE _____ > 819

818. ¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?	01. PASTILLAS	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 150px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black;"></div> </div>	
	02. DIU		
	03. CONDON		
	04. INYECCION		
	05. METODOS VAGINALES		
	06. NORPLANT		
	07. ESTERILIZACION FEMENINA		
	08. VASECTOMIA		
	09. METODO DE BILLINGS		
	10. RITMO		
	11. RETIRO		
	20. OTRO		
	(Especifique)		
	98. NO SABE		
		> 820	
		> 819	

819. ¿Sabe dónde puede ir para conseguir métodos anticonceptivos para evitar tener hijos?	1. SI	> 821
	2. NO	> 900
		P819

820. ¿Sabe dónde puede ir para conseguir este método?	1. SI	P820
	2. NO	> 900

821. ¿A qué lugar iría?	01. ESTABLECIMIENTO MSPAS	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 150px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black;"></div> </div>	
	02. ESTABLECIMIENTO ISSS		
	03. ADS PUESTO PROFAMILIA		
	04. ADS CLINICA PROFAMILIA		
	05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR		
	06. FARMACIA		
	07. ELLA MISMA O SU COMPAÑERO		
	08. PARTERA		
	09. MERCADO		
	10. IGLESIA		
	11. AMIGA/VECINO/PARIENTE		
	20. OTRO		
	(Especifique)		

822. ¿Cuánto tiempo tardaría Usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?	1. MINUTOS	__ __	P822
	2. HORAS	__ __	

PASE A 900

823. ENTREVISTADORA:  
MARQUE EL METODO QUE USA  
(VEA 802)

01. PASTILLAS	_____	} 828
02. DIU	_____	
03. CONDON	_____	
04. INYECCION	_____	
05. METODOS VAGINALES	_____	
06. NORPLANT	_____	} 824
07. ESTERILIZACION FEM.	_____	
08. VASECTOMIA	_____	} 827
09. METODO DE BILLINGS	_____	
10. RITMO	_____	
11. RETIRO	_____	

824. ¿En qué mes y año le operaron (a Ud. o a él)?

MES      AÑO      } 826

98. NO SABE/NO RECUERDA

825. ¿Qué edad tenía cuando le operaron (a Ud. o a él)?

EDAD           } 825

826. ¿Dónde fue a que le hicieran la operación?

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS	_____
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS	_____
3. CLINICA PRO-FAMILIA (ADS)	_____
4. HOSPITAL/CLINICA PRIVADA	_____
8. OTRO LUGAR	_____
	(Especifique)
9. NO SABE/NO RECUERDA	_____

PASE A 830

827. ¿Dónde recibió orientación sobre (NOMBRE DEL METODO)?

1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS	_____
2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS	_____
3. ADS CLINICA PRO-FAMILIA	_____
4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR	_____
5. IGLESIA	_____
6. ESPOSO/COMPAÑERO	_____
8. OTRO	_____
	(Especifique)
9. NO SABE	_____

PASE A 830

828. ¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?

01. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS	_____
02. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS	_____
03. ADS PUESTO PRO-FAMILIA	_____
04. ADS CLINICA PRO-FAMILIA	_____
05. CLINICA O MEDICO PARTICULAR	_____
06. FARMACIA	_____
07. PARTERA	_____
08. MERCADO	_____
09. IGLESIA	_____
20. OTRO	_____
	(Especifique)
98. NO SABE	_____

829. ¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?

1. MINUTOS	<u>    </u> <u>    </u>	} 829
2. HORAS	<u>    </u> <u>    </u>	

830. Hay mujeres que usan métodos anticonceptivos para no tener mas hijos, unas para espaciar o posponer los embarazos y unas por otras razones. ¿Para qué lo usa Ud.?	1. YA NO QUIERE TENER MAS HIJOS 2. PARA ESPACIAR O POSPONER LOS EMBARAZOS 3. PARA PROTECCION DE EST 4. POR OTRAS RAZONES DE SALUD <span>P830</span> 8. OTRA _____ (Especifique) 9. NO SABE/NO RESPONDE
831. Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?	1. EL MISMO _____ > 834 2. PREFERIRIA OTRO <span>P831</span> 3. NO USARIA NINGUNO _____ > 834 9. NO SABE _____
832. ¿Cuál método preferiría usar Ud.?	01. PASTILLAS 02. DIU 03. CONDON 04. INYECCION 05. METODOS VAGINALES 06. NORPLANT 07. ESTERILIZACION FEMENINA <span>P832</span> 08. VASECTOMIA 09. METODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE
833. ¿Porqué está usando el método actual en vez del que prefiere?	01. FALTA DE DINERO 02. ES MAS PRACTICO PARA ELLA 03. ES MAS BARATO 04. SIN DIFICULTAD DE USO 05. RECOMENDACION MEDICA 06. RECOMENDACION (AMIGA/PARIENTE) 07. RAZONES RELIGIOSAS 08. FALTA DE TIEMPO 09. PROTECCION DE EST <span>P833</span> 10. ES DEFINITIVO 20. OTRO _____ (Especifique) 98. NO SABE
834. ¿Cuál fue el primer método que usó?	01. PASTILLAS 02. DIU 03. CONDON 04. INYECCION 05. METODOS VAGINALES 06. NORPLANT <span>P834</span> 07. ESTERILIZACION FEMENINA 08. VASECTOMIA 09. METODO BILLINGS 10. RITMO 11. RETIRO 98. NO RECUERDA
835. ¿En qué mes y año comenzó a usarlo?	MES <span>P835MES</span> AÑO <span>P835AÑO</span> _____ > 837 98. NO SABE/NO RECUERDA
836. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	EDAD ____ ____ <span>P836</span>
837. Cuando usted comenzó a usar ese primer método, ¿cuántos hijos vivos tenía?	HIJOS VIVOS ____ ____ <span>P837</span>

IX. ACTIVIDAD SEXUAL

<p>900. ¿Cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual?</p> <p>(SI LA RESPUESTA ES DIFERENTE QUE OPCIONES 1-6, LEA OPCIONES 1-6.)</p>	<p>1. UNA SEMANA ANTES DE QUE LA REGLA COMIENCE</p> <p>2. DURANTE LA REGLA</p> <p>3. UNA SEMANA DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE</p> <p>4. DOS SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE</p> <p>5. TRES SEMANAS DESPUES DE QUE LA REGLA COMIENCE</p> <p>6. NO HAY DIFERENCIA, CUALQUIER TIEMPO ES IGUAL <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P900</span></p> <p>8. OTRO _____ (Especifique)</p> <p>9. NO SABE O NO RESPONDE</p>
<p>901. ¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>MES <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P901MES</span> AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P901AÑO</span> _____ &gt; 903</p> <p>2222. NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES _____ &gt; 914</p> <p>98. NO SABE O NO RECUERDA</p> <p>9999. NO RESPONDE _____ &gt; 904</p>
<p>902. ¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?</p>	<p>EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P902</span></p>
<p>903. ¿Usó Usted o su pareja algún método anticonceptivo en esa ocasión?</p>	<p>1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P903</span></p> <p>2. NO</p>
<p>904. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?</p>	<p>1. DIAS ____</p> <p>2. SEMANAS ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P904</span></p> <p>3. MESES ____</p> <p>4. AÑOS ____</p> <p>555. ANTES DEL ULTIMO PARTO</p>
<p>905. ES MENOS DE 4 SEMANAS O MAS DE 4 SEMANAS</p>	<p>1. MENOS <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P905</span></p> <p>2. MAS _____ &gt; 909</p> <p>9. NO SABE _____</p>
<p>906. ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas?</p>	<p>No. DE VECES ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P906</span></p>
<p>907. VEA EN 802 SI USA CONDONES</p>	<p>1. USA CONDONES <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P907</span></p> <p>2. NO USA CONDONES _____ &gt; 909</p>
<p>908. ¿Cuántas condones recuerda haber usado en estas últimas 4 semanas?</p>	<p>No. ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P908</span></p>
<p>909. ¿Se ha hecho alguna vez el examen de cáncer en la matriz? (citología o papanicolau)</p>	<p>1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P909</span></p> <p>2. NO _____ &gt; 914</p> <p>9. NO SABE/NO RESPONDE _____</p>
<p>910. ¿Cuándo fue la última vez?</p>	<p>MES <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P910MES</span> AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P910AÑO</span> _____</p>



911. ¿Dónde se lo hizo?	1. ESTABLECIMIENTO MSPAS 2. ESTABLECIMIENTO ISSS 3. ADS CLINICA PROFAMILIA 4. CLINICA O MEDICO PARTICULAR 5. INSTITUTO DE CANCER 8. OTRO _____ (Especifique) 9. NO RECUERDA/NO SABE	P911												
912. ¿Supo el resultado del examen?	1. SI 2. NO 8. NO RECUERDA _____	P912												
913. ¿Cuánto tiempo pasó entre la fecha en que se lo hicieron y la fecha en que supo el resultado?	1. DIAS ____ 2. MESES ____	P913												
914. ¿En qué fecha le comenzó su última regla?	DIA ____ MES ____ AÑO ____ 95. YA NO MENSTRUA 96. ANTES DEL ULTIMO (ACTUAL) EMBARAZO 97. NUNCA HA MENSTRUADO	P914DIA P914MES P914AÑO												
915. ¿Es Usted acompañada, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	1. ACOMPAÑADA 2. CASADA 3. VIUDA 4. SEPARADA 5. DIVORCIADA 6. SOLTERA	P915												
916. ¿Ha estado Usted casada o acompañada alguna vez?	1. SI _____> INDAGUE Y CORRIJA 915 2. NO _____> 1000	P916												
917. ¿En qué mes y año se casó/accompañó Usted por primera vez?	MES ____ AÑO ____ 98 NO RECUERDA	P917MES P917AÑO												
918. ¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que se casó o acompañó?	EDAD ____	P918												
919. ¿Cuál fue el grado o año más alto que aprobó su (último) esposo? (¿En qué nivel de estudios?)	<table border="0"> <tr> <th>NIVEL</th> <th>GRADO O AÑO</th> </tr> <tr> <td>0. NINGUNO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1. PRIMARIA</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>2. SECUNDARIA</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>3. BACHILLERATO</td> <td>1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>4. SUPERIOR</td> <td>1 2 3 4+</td> </tr> </table>	NIVEL	GRADO O AÑO	0. NINGUNO	0	1. PRIMARIA	1 2 3 4 5 6	2. SECUNDARIA	1 2 3	3. BACHILLERATO	1 2 3 4	4. SUPERIOR	1 2 3 4+	P919NIV P919GRA
NIVEL	GRADO O AÑO													
0. NINGUNO	0													
1. PRIMARIA	1 2 3 4 5 6													
2. SECUNDARIA	1 2 3													
3. BACHILLERATO	1 2 3 4													
4. SUPERIOR	1 2 3 4+													

**X. MORTALIDAD MATERNA**

1000. ¿Usted tiene o ha tenido hermanas? 1. SI P1000  
2. NO \_\_\_\_\_> 1100

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas de la misma madre. No incluye a las adoptadas o que son hermanas solo de padre, sino que de la misma madre. Por favor, dígame los nombres de todas sus hermanas, incluyendo a las que ya fallecieron y a las que están viviendo en otra parte. Comencemos por la de más edad.

1001. ¿Cuál es el nombre de su hermana de mayor edad, la que le sigue, etc..?	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
ANOTE EL NOMBRE	_____	_____	_____	_____	_____
1002. ¿(NOMBRE) está viva todavía?  (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1002_01</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1002_02</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1002_03</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1002_04</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1002_05</span> SGTE. COLUMNA
1003. SI ESTA VIVA: ¿Qué edad tiene (NOMBRE)? ¿En años cumplidos?	EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1003_01</span> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1003_02</span> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1003_03</span> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1003_04</span> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1003_05</span> (PASE A SGTE. COLUMNA)
1004. SI FALLECIO: ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1004_01</span>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1004_02</span>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1004_03</span>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1004_04</span>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1004_05</span>
1005. ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS _____ ≥ 55 AÑOS _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1005_01</span> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS _____ ≥ 55 AÑOS _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1005_02</span> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS _____ ≥ 55 AÑOS _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1005_03</span> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS _____ ≥ 55 AÑOS _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1005_04</span> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS _____ ≥ 55 AÑOS _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1005_05</span> SGTE. COLUMNA
1006. ¿Estuvo embarazada alguna vez?	1. SI → 1007 2. NO _____ 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1006_01</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO _____ 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1006_02</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO _____ 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1006_03</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO _____ 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1006_04</span> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO _____ 9. NS/NR _____ V <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1006_05</span> SGTE. COLUMNA
1007. ¿Murió (NOMBRE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1007_01</span> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1007_02</span> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1007_03</span> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1007_04</span> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1007_05</span> 9. NS/NR
1008. ¿Murió (NOMBRE) dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo?	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1008_01</span> 2. NO _____> 1010 9. NS _____	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1008_02</span> 2. NO _____> 1010 9. NS _____	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1008_03</span> 2. NO _____> 1010 9. NS _____	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1008_04</span> 2. NO _____> 1010 9. NS _____	1. SI <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1008_05</span> 2. NO _____> 1010 9. NS _____
1009. ¿Murió (NOMBRE) por causa relacionado con el embarazo o parto o fue por otra causa?	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1009_01</span>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1009_02</span>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1009_03</span>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1009_04</span>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1009_05</span>
1010. ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	HIJOS _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1010_01</span> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1010_02</span> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1010_03</span> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1010_04</span> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS _____ <span style="border: 1px solid red; padding: 0 5px;">P1010_05</span> (PASE A SGTE COLUMNA)

1001. ¿Cuál es el nombre de la que le sigue, etc..?  ANOTE EL NOMBRE	6  _____	7  _____	8  _____	9  _____	10  _____
1002. ¿(NOMBRE) está viva todavía?  (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1002_06</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1002_07</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1002_08</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1002_09</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1003 2. NO → 1004 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1002_10</b> 1011
1003. SI ESTA VIVA: ¿Qué edad tiene (NOMBRE)? ¿En años cumplidos?	EDAD ____ <b>P1003_06</b> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <b>P1003_07</b> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <b>P1003_08</b> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <b>P1003_09</b> (PASE A SGTE. COLUMNA)	EDAD ____ <b>P1003_10</b> (PASE A SGTE. COLUMNA)
1004. SI FALLECIO: ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <b>P1004_06</b>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <b>P1004_07</b>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <b>P1004_08</b>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <b>P1004_09</b>	AÑOS ____ 00. < 1 AÑO <b>P1004_10</b>
1005. ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS <input type="checkbox"/> ≥ 55 AÑOS <input type="checkbox"/> V <b>P1005_06</b> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS <input type="checkbox"/> ≥ 55 AÑOS <input type="checkbox"/> V <b>P1005_07</b> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS <input type="checkbox"/> ≥ 55 AÑOS <input type="checkbox"/> V <b>P1005_08</b> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS <input type="checkbox"/> ≥ 55 AÑOS <input type="checkbox"/> V <b>P1005_09</b> SGTE. COLUMNA	AÑOS ____ ≤ 10 AÑOS <input type="checkbox"/> ≥ 55 AÑOS <input type="checkbox"/> V <b>P1005_10</b> SGTE. COLUMNA
1006. ¿Estuvo embarazada alguna vez?	1. SI → 1007 2. NO <input type="checkbox"/> 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1006_06</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO <input type="checkbox"/> 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1006_07</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO <input type="checkbox"/> 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1006_08</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO <input type="checkbox"/> 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1006_09</b> SGTE. COLUMNA	1. SI → 1007 2. NO <input type="checkbox"/> 9. NS/NR <input type="checkbox"/> V <b>P1006_10</b> SGTE. COLUMNA
1007. ¿Murió (NOMBRE) durante un embarazo o un parto?	1. SI → 1009 2. NO <b>P1007_06</b> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <b>P1007_07</b> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <b>P1007_08</b> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <b>P1007_09</b> 9. NS/NR	1. SI → 1009 2. NO <b>P1007_10</b> 9. NS/NR
1008. ¿Murió (NOMBRE) dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo?	1. SI <b>P1008_06</b> 2. NO <input type="checkbox"/> 1010 9. NS <input type="checkbox"/>	1. SI <b>P1008_07</b> 2. NO <input type="checkbox"/> 1010 9. NS <input type="checkbox"/>	1. SI <b>P1008_08</b> 2. NO <input type="checkbox"/> 1010 9. NS <input type="checkbox"/>	1. SI <b>P1008_09</b> 2. NO <input type="checkbox"/> 1010 9. NS <input type="checkbox"/>	1. SI <b>P1008_10</b> 2. NO <input type="checkbox"/> 1010 9. NS <input type="checkbox"/>
1009. ¿Murió (NOMBRE) por causa relacionado con el embarazo o parto o fue por otra causa?	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <b>P1009_06</b>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <b>P1009_07</b>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <b>P1009_08</b>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <b>P1009_09</b>	1. RELACIONADO 2. OTRA CAUSA 9. NS/NR <b>P1009_10</b>
1010. ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	HIJOS ____ <b>P1010_06</b> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS ____ <b>P1010_07</b> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS ____ <b>P1010_08</b> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS ____ <b>P1010_09</b> (PASE A SGTE COLUMNA)	HIJOS ____ <b>P1010_10</b>

1011. ¿Entonces, ha tenido en total . . . hermanas de madre, incluyendo las que han fallecido y las que están viviendo en otra parte?

SI....1                      NO....2

☐ **P1011** ☐ → INDAGUE Y HAGA LAS CORRECCIONES CORRESPONDIENTES Y PASE DESPUES A 1100

V  
PASE A 1100

# XI. CONOCIMIENTO DE SIDA

1100. Ahora, le haré algunas preguntas sobre el SIDA. ¿Piensa que una persona puede estar contagiada de SIDA y no tener síntomas (señales) de la enfermedad?	1. SI	P1100	
	2. NO		
	3. NUNCA HA OIDO HABLAR DE SIDA		> 1200
	4. NO CREE QUE SIDA EXISTE		
	9. NO SABE		

1101. ¿Cree Ud. que el SIDA se contagia:  
(LEA LAS ALTERNATIVAS)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>	
a. Al besar la frente.....	1	2	9	P1101A
b. Al besar la boca.....	1	2	9	P1101B
c. Al donar o dar sangre.....	1	2	9	P1101C
d. Cuando le ponen sangre (transfusión)	1	2	9	P1101D
e. Al dar la mano a una persona.....	1	2	9	P1101E
f. Al tener relaciones sexuales entre los hombres.....	1	2	9	P1101F
g. Al tener relaciones sexuales entre un hombre y una mujer.....	1	2	9	P1101G
h. Al ser picado por un zancudo.....	1	2	9	P1101H
i. Al ser inyectado con agujas o jeringas no descartables o ya usadas	1	2	9	P1101I
j. Al usar hojas de afeitar/Gillette usadas por otra persona.....	1	2	9	P1101J
k. Al nacer los niños de una madre con SIDA.....	1	2	9	P1101K
l. Al darle pecho a su niño una madre con SIDA.....	1	2	9	P1101L

1102. ¿Existe curación para el SIDA?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE

P1102

1103. ¿Cree que Usted tiene algún riesgo o peligro de contagiarse de SIDA?

1. SI  
2. NO  
9. NO SABE

P1103

> 1200

1104. ¿Diría que tiene mucho o poco riesgo?

1. MUCHO  
2. POCO  
9. NO SABE

P1104

## XII. VIVIENDA

1200. ¿De qué tipo de servicio de agua disponen en esta casa?	1. CHORRO EN LA CASA 2. CHORRO EN EL PATIO (COMUN) 3. CHORRO PUBLICO 4. CHORRO DE VECINO <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1200</span> 5. POZO PRIVADO 6. POZO PUBLICO 7. RIO, LAGO O MANANTIAL 8. OTRO _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div> 9. NO SABE																		
1201. ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta casa, principalmente para dormir?	— — <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1201</span>																		
1202. ¿Podría decirme si en esta vivienda tienen: a. Luz eléctrica? . . . . . b. Televisor? . . . . . c. Refrigeradora? . . . . . d. Teléfono? . . . . . e. Automóvil? . . . . .	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>SI</u></td> <td style="text-align: center;"><u>NO</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202A</span></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202B</span></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202C</span></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202D</span></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202E</span></td> </tr> </table>	<u>SI</u>	<u>NO</u>		1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202A</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202B</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202C</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202D</span>	1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202E</span>
<u>SI</u>	<u>NO</u>																		
1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202A</span>																	
1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202B</span>																	
1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202C</span>																	
1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202D</span>																	
1	2	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1202E</span>																	
1203. ¿Qué combustible usan generalmente para cocinar?	0. NO COCINAN 1. ELECTRICIDAD 2. GAS PROPANO 3. KEROSENE (GAS) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1203</span> 4. LEÑA 5. CARBON DE LEÑA 8. OTRO _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																		
1204. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa?	0. NO TIENE 1. LETRINA <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1204</span> 2. INODORO 8. OTRO _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																		
1205. MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)	1. CONCRETO (PLAFON) 2. TEJA DE BARRO O CEMENTO 3. LAMINA DE ASBESTO (DURALITA) 4. LAMINA METALICA 5. PAJA O PALMA <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1205</span> 6. PLASTICO O CARTON 8. OTRO MATERIAL _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																		

---

1206. MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES  
(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

- 1. CONCRETO O MIXTO
  - 2. BAHAREQUE
  - 3. ADOBE
  - 4. MADERA P1206
  - 5. LAMINA
  - 6. PAJA O PALMA
  - 8. OTRO MATERIAL \_\_\_\_\_  
(Especifique)
- 

1207. MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO  
(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

- 1. LADRILLO DE CEMENTO
  - 2. LADRILLO DE BARRO
  - 3. CEMENTO
  - 4. TIERRA P1207
  - 8. OTRO \_\_\_\_\_  
(Especifique)
-

XIII. ANTROPOMETRIA

ANOTE TODOS LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE ENERO DE 1988 EN ORDEN DE MENOR A MAYOR (SEGUN DATOS DE 524 Y 525, PAGINA 12)

	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
NOMBRE					
1300. ESTA VIVO (VEA 525, PG 12)	1. VIVO 2. MUERTO <input type="checkbox"/> V <div>P1300_1</div> SGTE. COLUMNA	1. VIVO 2. MUERTO <input type="checkbox"/> V <div>P1300_2</div> SGTE. COLUMNA	1. VIVO 2. MUERTO <input type="checkbox"/> V <div>P1300_3</div> SGTE. COLUMNA	1. VIVO 2. MUERTO <input type="checkbox"/> V <div>P1300_4</div> SGTE. COLUMNA	1. VIVO 2. MUERTO <input type="checkbox"/> V <div>P1300_5</div> 1308
1301. FECHA DE NACIMIENTO (VEA 425 COLUMNA c)	DIA __ <div>P1301D_1</div> MES __ <div>P1301M_1</div> AÑO __ <div>P1301A_1</div>	DIA __ <div>P1301D_2</div> MES __ <div>P1301M_2</div> AÑO __ <div>P1301A_2</div>	DIA __ <div>P1301D_3</div> MES __ <div>P1301M_3</div> AÑO __ <div>P1301A_3</div>	DIA __ <div>P1301D_4</div> MES __ <div>P1301M_4</div> AÑO __ <div>P1301A_4</div>	DIA __ <div>P1301D_5</div> MES __ <div>P1301M_5</div> AÑO __ <div>P1301A_5</div>
1302. EDAD ES MENOS DE 3 MESES	1. < 3 MESES 2. >= 3 MESES <div>P1302_1</div> (PASE A SGTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. >= 3 MESES <div>P1302_2</div> (PASE A SGTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. >= 3 MESES <div>P1302_3</div> (PASE A SGTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. >= 3 MESES <div>P1302_4</div> (PASE A SGTE. COL.)	1. < 3 MESES 2. >= 3 MESES <div>P1302_5</div> (PASE A 1308)
1303. Estatura (en cms.)	<div>P1303_1</div> __ . __	<div>P1303_2</div> __ . __	<div>P1303_3</div> __ . __	<div>P1303_4</div> __ . __	<div>P1303_5</div> __ . __
1304. Medición del niño	1. ACOSTADO 2. PARADO <div>P1304_1</div>	1. ACOSTADO 2. PARADO <div>P1304_2</div>	1. ACOSTADO 2. PARADO <div>P1304_3</div>	1. ACOSTADO 2. PARADO <div>P1304_4</div>	1. ACOSTADO 2. PARADO <div>P1304_5</div>
1305. Peso (en Kgs.)	__ . __ <div>P1305_1</div>	__ . __ <div>P1305_2</div>	__ . __ <div>P1305_3</div>	__ . __ <div>P1305_4</div>	__ . __ <div>P1305_5</div>
1306. Fecha de medición del peso y la talla	DIA __ <div>P1306D_1</div> MES __ <div>P1306M_1</div>	DIA __ <div>P1306D_2</div> MES __ <div>P1306M_2</div>	DIA __ <div>P1306D_3</div> MES __ <div>P1306M_3</div>	DIA __ <div>P1306D_4</div> MES __ <div>P1306M_4</div>	DIA __ <div>P1306D_5</div> MES __ <div>P1306M_5</div>
1307. Resultado	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique <div>P1307_1</div>	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique <div>P1307_2</div>	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique <div>P1307_3</div>	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique <div>P1307_4</div>	1. NIÑO MEDIDO 2. NIÑO ENFERMO 3. NIÑO AUSENTE 4. NIÑO RECHAZO 5. MADRE RECHAZO 6. OTRO Especifique <div>P1307_5</div>

1308.

SI HAY ALGUNA RESPUESTA 2 EN 1302, EXPLIQUE A LA MUJER QUE UNA ANTROPOMETRISTA VENDRA A LA CASA A MEDIR LOS NIÑOS ESCRITOS ARRIBA.

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

GRACIAS!

NOMBRE DE ENTREVISTADORA QUE TOMO MEDIDAS: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_ \_\_