

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1998

ENDSA 98

CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

IDENTIFICACION

--	--	--	--

--	--	--

--	--

PAQUETE

VIVIENDA

MUJER

DIRECCION DE LA VIVIENDA:		UBICACION GEOGRAFICA:																	
a) AREA URBANA:		1. DEPARTAMENTO.....		<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>															
CALLE _____ No _____		2. PROVINCIA.....																	
PISO _____ DEPTO _____		3. SECCION MUNICIPAL.....																	
b) AREA RURAL:		4. CANTON.....																	
CAMINO O CARRETERA _____		5. CIUDAD/LOCALIDAD.....																	
_____		6. ZONA.....																	
_____		7. SECTOR.....																	
Resultados de las Visitas																			
		1ra.	2da.	3ra.	VISITA FINAL														
FECHA					DIA														
					MES														
ENTREVISTADORA.....					AÑO														
RESULTADO*					1 9														
					ENTREV.														
					RESULTADO														
PROXIMA VISITA	FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS														
NOMBRE DE LA ENTREVISTADA _____																			
*CODIGOS DE RESULTADO:				IDIOMA DE LA ENTREVISTA															
1 COMPLETA 5 PARCIALMENTE COMPLETA																			
2 AUSENTE 6 OTRA																			
3 POSTERGADA (ESPECIFIQUE)				1 CASTELLANO 4 GUARANI															
4 RECHAZO				2 AYMARA 6 OTRO															
				3 QUECHUA															
PARA USO DE OFICINA:																			
PARCIALMENTE COMPLETA UTILIZABLE				NO UTILIZABLE															
CONTROL OFICINA	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:															
NOMBRE																			
FECHA																			
CODIGO																			

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A									
101	ANOTE LA HORA.	HORAS MINUTOS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
102	Para empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar. Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo, en la capital o en una ciudad grande, en una ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, o en el campo?	EN LA CAPITAL O EN UNA CIUDAD GRANDE... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA 2 PUEBLO 3 CAMPO 4										
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES NO SABE MES 98 AÑO NO SABE AÑO9998	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>9</td></tr></table>			1	9					
1	9											
106	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
106A	COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN.											
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2	114									
108	¿Cuál es el último curso y nivel de instrucción alcanzado por usted?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>CODIGOS PARA CURSO</p> <p>0 NINGUNO 1 PRIMERO 2 SEGUNDO 3 TERCERO 4 CUARTO 5 QUINTO 6 SEXTO 7 SEPTIMO 8 OCTAVO 9 EGRESADO/TITULADO</p> </div> <div> <p>CIRCULE NIVEL</p> <p>NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 BASICO..... 3 INTERMEDIO..... 4 MEDIO..... 5 SUPERIOR..... 6 OTRO..... 7</p> </div> </div>	<p>ANOTE CURSO</p> <table border="1"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>	0								
0												
110	VEA EN 106 SI TIENE 24 AÑOS O MENOS TIENE 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/> TIENE 25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/>		113									
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza formal (como ser: escuela, colegio, universidad, normal, CEMA, etc)?	SI..... 1 NO..... 2	113									
112	¿Cuál fue la razón principal por la cual usted dejó de asistir?	<p>QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO..... 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PUDO PAGAR LA PENSION..... 05 NECESITABA GANAR DINERO..... 06 SE GRADUO/SUFICIENTE ESCOLARIDAD..... 07 MALAS CALIFICACIONES..... 08 NO LE GUSTABA LA ESCUELA..... 09 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS..... 10 OTRAS RAZONES..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98</p>										

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
113	VEA 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ESCUELA PRIMARIA O BASICO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> <div> SECUNDARIA (INTERMEDIO) O SUPERIOR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> </div>		115
114	¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o le resulta imposible?	FACILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 IMPOSIBLE..... 3	116
115	¿Lee usted un periódico por lo menos una vez a la semana?	SI..... 1 NO..... 2	
116	¿Escucha radio todos los días?	SI..... 1 NO..... 2	
117	¿Mira televisión a. menos una vez por semana?	SI..... 1 NO..... 2	
118	¿Qué idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma hablan sobre todo a las horas de comida?	CASTELLANO..... 1 AYMARA..... 2 QUECHUA..... 3 GUARANI..... 4 OTRO..... 6 ESPECIFIQUE	140
119	¿Puede hablar y entender castellano?	SI..... 1 NO..... 2	
140	VEA EN LA PREGUNTA 4 EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR SI LA MUJER ENTREVISTADA VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> LA MUJER ENTREVISTADA "NO" VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> <div> LA MUJER ENTREVISTADA "SI" VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> </div>		201
141	Ahora me gustaría preguntarle acerca del sitio en el cual usted vive habitualmente. ¿Vive habitualmente en la capital o en una ciudad grande, en una ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, o en el campo? SI VIVE EN UNA CIUDAD: ¿En cuál ciudad vive? ANOTE LA CIUDAD: _____ (ANOTE TEXTUALMENTE)	EN LA CAPITAL O EN UNA CIUDAD GRANDE.... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 PUEBLO 3 CAMPO 4	
142	¿En qué departamento y provincia está localizado? SI ES EXTERIOR ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS EN "DEPARTAMENTO" Y REGISTRE '00' EN LAS CASILLAS. ANOTE '98' CUANDO NO SABE	DEPARTAMENTO _____ C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> PROVINCIA _____ C <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	
143	¿El abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar es por cañería dentro de la vivienda o por fuera de ella? SI ES POR FUERA DE LA VIVIENDA, INDAGUE: ¿Es el abastecimiento dentro del edificio, lote o terreno o por fuera?	POR CAÑERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1 POR CAÑERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO, LOTE O TERRENO..... 2 POR CAÑERÍA FUERA DEL LOTE O TERRENO..... 3 NO RECIBE AGUA POR CAÑERÍA..... 4	145
143A	¿Cuál es la fuente (procedencia) principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar?	POZO O NORIA..... 1 RIO, LAGO, VERTIENTE O ACEQUIA..... 2 CARRO REPARTIDOR..... 3 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
144	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN EL SITIO..... 996	
145	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar? INDAGUE: ¿Tiene descarga instantánea?	INODORO, WATER, LETRINA O EXCUSADO CON DESCARGA INSTANTANEA DE AGUA..... 1 INODORO, WATER, LETRINA O EXCUSADO SIN DESCARGA INSTANTANEA DE AGUA..... 2 NO TIENE..... 3 → 146	
145A	¿El uso del servicio sanitario es privado del hogar o compartido con otros hogares?	PRIVADO DE ESTE HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
145B	¿El desague del servicio sanitario se realiza por alcantarillado público, cámara séptica u otro?	ALCANTARILLADO PUBLICO..... 1 CAMARA SEPTICA..... 2 OTRO(Pozo Ciego, superficie, etc.)..... 6	
146	¿Tiene en su Hogar: Electricidad? Teléfono corriente? Teléfono celular? Un radio? Un televisor? Un refrigerador? Una computadora?	SI NO ELECTRICIDAD..... 1 2 TELEFONO CORRIENTE..... 1 2 TELEFONO CELULAR..... 1 2 RADIO..... 1 2 TELEVISOR..... 1 2 REFRIGERADOR..... 1 2 COMPUTADORA..... 1 2	
146A	¿Cuántos cuartos o habitaciones ocupa su hogar? (Sin contar baño ni cocina)	HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>	
146B	¿De estas, cuántas habitaciones utilizan para dormir?	HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>	
146C	¿Tiene un cuarto especial para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
147	¿Cuál es el material predominante de las paredes de su vivienda?	ADOVE REBOCADO.....01 ADOVE SIN REBOCAR O TAPIAL.....02 LADRILLO, BLOQUES DE CEMENTO, HORMIGON, ETC.....03 PIEDRA.....04 MADERA.....05 CAÑA, PALMA, TRONCOS.....06 OTRO96 (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
147A	¿Cuál es el material predominante del techo de su vivienda?	CALAMINA O PLANCHA..... 1 TEJAS(cemento, arcilla, fibro cemento, etc). 2 LOZA DE HORMIGON ARMADO..... 3 PAJA, CAÑA, PALMA..... 4 OTROS 6 (ESPECIFIQUE)																	
147B	¿Cuál es el material predominante del piso de su vivienda?	MADERA..... 1 MOSAICO O BALDOSAS..... 2 LADRILLO..... 3 CEMENTO..... 4 TIERRA..... 5 OTROS 6 (ESPECIFIQUE)																	
148	¿Su vivienda es: Propia? Alquilada? Por pontrato anticrético? Por contrato mixto? Cedida? Otra?	PROPIA 1 ALQUILADA 2 CONTRATO ANTICRETICO 3 CONTRATO MIXTO 4 CEDIDA (por servicios, parentesco, etc). 5 OTRA 6																	
149	¿Cuál es el principal combustible que utiliza para cocinar en su hogar?	LEÑA 01 GUANO, BOSTA O TAQUIA 02 CARBON 03 KEROSENE 04 GAS LICUADO 05 ELÉCTRICIDAD 06 NO COCINA 07 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																	
150	¿Cuántas personas de este hogar incluyendo niños y recién nacidos atienden su salud en: ¿Hospitales, centros, postas, del Ministerio de Salud? ¿Caja de Seguro Social? ¿Cuántas en ONG o Iglesia? ¿Cuántas en servicios privados? ¿Cuántas en farmacias? ¿Cuántas con el Jampiri-Naturista? ¿Cuántas no atienden? ¿Cuántas atienden en otros servicios?	MINISTERIO DE SALUD CAJA DE SEGURO SOCIAL..... ONG-IGLESIA..... SERVICIOS PRIVADOS..... FARMACIA JAMPIRI-NATURISTA..... NO ATIENDEN..... ATIENDEN OTROS SERVICIOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																
151	¿Algún miembro de su hogar tiene: Carro? Bicicleta? Motocicleta?	SI NO CARRO..... 1 2 BICICLETA..... 1 2 MOTOCICLETA..... 1 2																	
152	¿Cuántos perros tiene en su hogar?	NUMERO DE PERROS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																
152A	¿Cuántos de ellos están vacunados?	NUMERO DE VACUNADOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿Ha dado usted a luz alguna vez, es decir, ha tenido hijas o hijos que nacieron vivos?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que ahora vive con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO")	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/>	
203A	¿Y cuántas hijas (mujeres) viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA")	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/>	
204	¿De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que ahora no está viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	¿Cuántos hijos (varones) no viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO")	HIJOS FUERA..... <input type="text"/>	
205A	¿Y cuántas hijas (mujeres) no viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA")	HIJAS FUERA..... <input type="text"/>	
206	¿Dio alguna vez a luz a un niño o niña que nació vivo pero que falleció después?	SI..... 1 → 207 NO..... 2	
206A	¿Tuvo algún hijo o hija que lloró o dio alguna señal de vida, pero que sólo sobrevivió por algunas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO")	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/>	
207A	¿Y cuántas hijas (mujeres) han muerto? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES "NINGUNA")	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/>	
208	•SUME LAS CASILLAS DE 203 A 207A Y ANOTE EL TOTAL. •SI NO HA TENIDO HIJOS ANOTE '00'.	TOTAL..... <input type="text"/>	
209	VEA EN 208 EL TOTAL DE NACIDOS VIVOS Sólo para estar segura de que tengo la información correcta: usted tuvo en TOTAL ____ hijos(as) nacidos(as) durante toda su vida. ¿Está correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → DE SER NECESARIO CORRIJA 201-208		
210	VEA EN 208 SI LA MUJER TIENE UNO O MAS NACIDOS VIVOS: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 225		

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 - ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212: LOS MELLIZOS O TRILLIZOS ANOTELOS EN LINEAS SEPARADAS.
- SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

Ahora me gustaría conversar con Ud. acerca de todos sus hijos, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? ANOTE "00" PARA MENORES DE UN AÑO.	SI ESTA VIVO: ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE EN DIAS SI MENOS DE 1 MES, EN MESES SI MENOS DE 2 AÑOS. EN AÑOS SI ES DE 2 O MAS AÑOS	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITALE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. CIRCULE "1" SI LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS. CIRCULE "2" SI NO ES.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3		
02 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
03 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
04 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
05 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
06 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
07 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
08 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES.. AÑO.. 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)?	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	SI ESTA VIVO: ¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	SI FALLECIO: ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO". INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE EN DÍAS SI MENOS DE 1 MES, EN MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, EN AÑOS SI ES DE 2 O MAS AÑOS	AL AÑO DEL NACIMIENTO DE (NOMBRE) QUITÉLE EL AÑO DEL NACIMIENTO PREVIO. CIRCULE "1" SI LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS, O MAS. CIRCULE "2" SI NO ES.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE)?
09 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES... AÑO... 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS 219	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DÍAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
10 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES... AÑO... 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS 219	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DÍAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
11 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES... AÑO... 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS 219	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DÍAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
12 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES... AÑO... 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS 219	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DÍAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
13 (NOMBRE)	UNICO...1 MULT....2	HOM..1 MUJ..2	MES... AÑO... 1 9	SI.. 1 NO.. 2 219	EDAD EN AÑOS 219	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 220)	DÍAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2 (PROXIMO NACIMIENTO)	SI... 1 NO... 2
222	DEL AÑO DE LA ENTREVISTA (1998) RESTE EL AÑO DEL ÚLTIMO NACIMIENTO. SI LA DIFERENCIA ES DE 4 AÑOS O MAS, CIRCULE "1"; SI NO ES, CIRCULE "2"							SI..... 1 NO..... 2 → 223	
222A	¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.							SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS EN LA PREGUNTA 208 Y EL TOTAL EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NUMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NUMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (INDAGUE Y CORRIJA)								
223A	VERIFIQUE PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTO EL AÑO DEL NACIMIENTO (P 215)..... PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTO LA EDAD ACTUAL (P 217)..... PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTO LA EDAD AL MORIR (P 219).....								
223B	PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.								
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 219 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO								
224	VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993 ("01", "1993") SI NINGUNO, ANOTE "0"								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
225	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA..... 8	 228 228																
226	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES.....																	
227	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA tener (más) hijos?	ENTONCES 1 MAS TARDE..... 2 NO QUERIA (MAS) HIJOS..... 3																	
228	¿Cuándo empezó su última regla o sangrado (período menstrual) ? (ANOTE LA FECHA SI LA DA) INDAGUE: (¿Hace que tiempo tuvo su última regla o sangrado?)	HACE DIAS..... 1 HACE SEMANAS..... 2 HACE MESES..... 3 HACE AÑOS..... 4 HISTERECTOMIZADA..... 9 EN MENOPAUSIA..... 9 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO.... 9 NUNCA MENSTRUO..... 9	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>3</td></tr> <tr><td>9</td><td>4</td></tr> <tr><td>9</td><td>5</td></tr> <tr><td>9</td><td>6</td></tr> </table>									9	3	9	4	9	5	9	6
9	3																		
9	4																		
9	5																		
9	6																		
229	Entre una regla y otra ¿hay días en los cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI 1 NO 2 NO SABE..... 8	 300 300																
230	¿En qué momento, entre una menstruación y otra, cree usted que la mujer tiene mayor posibilidad de quedar embarazada? (ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE)	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) .. 1 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA 3 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO 5 OTRA 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8																	

SECCION 3: ANTICONCEPCION

300 CIRCULE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE AL PREGUNTAR 301.
PARA CADA METODO NO MENCIONADO PREGUNTE 302 Y LEA EL NOMBRE DEL METODO Y LA DESCRIPCION, SI ES NECESARIO.
CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO; EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDE. LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

Ahora quisiera que conversemos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para cuidarse y demorar o evitar un embarazo.

301. ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuales ha escuchado hablar?	SI ESPONTANEO	302 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	SI RECONOCIDO	NO CONOCE	303 ¿Ha usado Ud. alguna vez o está usando (METODO)?	PARA EL CONDON (METODO C), Y PARA LA ESTERILIZACION (G Y H), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS.
INDAGUE: ¿Algún otro método?						
A. LA PILDORA/PASTILLAS (METODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
B. EL DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de la matriz un espiral, anillo, o una T de cobre con un médico o enfermera.	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
C. EL PRESERVATIVO (CONDON) Los hombres pueden usar un preservativo (condón) durante las relaciones sexuales	1	2	3		¿Usted y su esposo o compañero han usado alguna vez el condón?	SI... 1 NO..2
D. LA INYECCION (DEPO-PROVERA) Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazada.	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
E. EL NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 5 bolsitas las cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
F. EL DIAFRAGMA, ESPUMA, LAS TABLETAS (METODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
G. LA ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2	3		¿Se ha hecho usted operar alguna vez para no tener hijos?	SI... 1 NO..2
H. LA ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2	3		¿Su esposo o compañero se ha hecho operar para no tener hijos?	SI... 1 NO..2
I. EL RITMO, EL CALENDARIO, BILLINGS (MOCO CERVICAL), LA ABSTINENCIA PERIODICA Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
J. EL RETIRO (COITO INTERRUPTIDO) Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1	2	3		SI..... 1 NO.....2	
K. OTROS METODOS Además de los métodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método?	1	3			SI..... 1 NO.....2	
SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO		ESPECIFIQUE				
<div> <div>304</div> <div> VEA EN 303: NI UN SOLO "1" EN 303 (NUNCA HA USADO) </div> <div> <div>308</div> <div> POR LO MENOS UN "1" EN 303 (ALGUNA VEZ HA USADO) </div> </div> </div>						
305	¿Alguna vez usted o su esposo (compañero), han usado algo o hecho algo para evitar o postergar un embarazo?		SI..... 1 NO..... 2		332	
307	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho?					
307A	CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).					

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PAGE A
308	<p>Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted usó un método o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada).</p> <p>¿Qué fue lo primero que hizo o cuál fue el primer método que usó usted para evitar quedar embarazada?</p> <p>(ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO)</p>	<p>PILDORA/PASTILLAS..... 01</p> <p>DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)..... 02</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON)..... 03</p> <p>INYECCIONES (DEPO-PROVERA)..... 04</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 05</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA)..... 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA).. 08</p> <p>RITMO/CALEND/BILLINGS/ABSTINENCIA PER.. 09</p> <p>RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)..... 10</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
309	<p>¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar por primera vez un método para no quedar embarazada?</p> <p>SI "NINGUNO" ANOTE 00</p>	<p>NUMERO DE HIJOS</p>	
310	<p>VEA EN 303 SI LA MUJER ESTA ESTERILIZADA O NO:</p> <p>LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p> <p>LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/></p>		313A
311	<p>VEA EN 225 SI LA MUJER ESTA EMBARAZADA O NO:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>LA MUJER ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		315
312	<p>¿Actualmente está usted o su marido (compañero) usando algún método o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	315
313	<p>¿Qué método está(n) usando?</p>	<p>PILDORA/PASTILLAS..... 01</p> <p>DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)..... 02</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON)..... 03</p> <p>INYECCIONES (DEPO-PROVERA)..... 04</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 05</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA)..... 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA).. 08</p> <p>RITMO/CALEND/BILLINGS/ABSTINENCIA PER.. 09</p> <p>RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)..... 10</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
313A	<p>PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE EL "07"</p>		322
314	<p>¿En qué mes y año empezó a usar (METODO) continuamente?</p>	<p>FECHA:</p> <p>MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
314A	<p>VEA 313: SI UTILIZA PRESERVATIVO O CONDON</p> <p>"NO" RESPONDIO PRESERVATIVO (CONDON) CODIGO "03" <input type="checkbox"/></p> <p>"SI" RESPONDIO PRESERVATIVO (CONDON) <input type="checkbox"/></p>		314C
314B	<p>¿Actualmente ustedes están usando también el condón (preservativo)?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	319

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	A
314C	¿Puede mostrarme la caja o sobre del tipo de condón que están usando actualmente? SI MUESTRA LA CAJA O SOBRE, CIRCULE "1" Y LUEGO ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA	MOSTRO LA CAJA O SOBRE 1 MARCA DEL CONDON: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO PUDO MOSTRARLA 2	319
314D	¿Sabe la marca del condón que están usando actualmente? ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA (O MUESTRE LA FOTO)	MARCA DEL CONDON: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE 98	
314E	PASE A 319		
315	VEA EN 208 SI TIENE UNO O MAS HIJOS: UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/>		317
316	¿Después del nacimiento de su último hijo, usó (usaron) algún método para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	SI 1 NO 2	332
317	¿Cuál fue el último método que usó (usaron) para no quedar embarazada?	PILDORA/PASTILLAS..... 01 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)..... 02 PRESERVATIVO (CONDON)..... 03 INYECCIONES (DEPO-PROVERA)..... 04 NORPLANT (IMPLANTES) 05 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 RITMO/CALEND/BILLINGS/ABSTINENCIA PER.. 09 RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)..... 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
317A	¿En qué mes y año empezó a usar (METODO) continuamente?	FECHA: MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
317B	¿Durante cuántos meses estuvo usando (METODO) continuamente? ANOTE "00" SI MENOS DE 1 MES	NUMERO DE MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 AÑOS O MAS..... 96	
318	¿Cuál es la razón principal por la cual usted dejó de utilizar (ULTIMO METODO)? (ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL)	QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS USABA..... 21 NO TIENE RELACIONES/DIVORC/SEPARADA.... 22 SEXO INFRECUENTE/ESPOSO LEJOS..... 23 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 24 SUBFERTIL/INFERTIL..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MAS HIJOS/QUERIA QUEDAR EMBAR.... 27 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 32 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 LEJANIA/NO CONOCE FUENTE..... 53 MUY COSTOSO..... 54 INCONVENIENTE PARA USAR..... 55 OTRA RAZON 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
318A	PASE A 332		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
319	<p>VEA 313 PARA METODO DE USO ACTUAL</p> <p>USUARIA ACTUAL DE PILDORA <input type="checkbox"/></p> <p>USUARIA RITMO/CALENDARIO/ BILLINGS/ABSTIN. PERIODICA <input type="checkbox"/></p> <p>USUARIA ACTUAL DE OTROS METODOS <input type="checkbox"/></p>	<p>327</p> <p>328</p>	
319A	<p>¿Puede mostrarme la caja de píldoras que está usando actualmente?</p> <p>SI MUESTRA LA CAJA, CIRCULE "1" Y LUEGO ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA</p>	<p>MOSTRO LA CAJA 1</p> <p>NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> C <input type="text"/></p> <p>NO PUDO MOSTRARLA 2</p>	320
319B	<p>¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente?</p> <p>ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA (O MUESTRE LA FOTO)</p>	<p>NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> C <input type="text"/></p> <p>NO SABE 98</p>	
320	<p>¿Cuánto le cuesta una caja (tira/sobre) de píldoras?</p>	<p>COSTO CAJA 1 <input type="text"/></p> <p>TIRA/SOBRE 2 <input type="text"/></p> <p>GRATIS..... 9 <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 9 <input type="text"/></p>	
321	PASE A 328		
322	<p>¿Dónde tuvo lugar la operación?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 11</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12</p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22</p> <p>CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23</p> <p>OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
323	<p>VEA 313 CUAL DE LOS DOS ESTA ESTERILIZADO:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>ELLA ESTA ESTERILIZADA</p> <p>¿Usted lamenta haberse hecho operar para no tener (más) hijos?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>EL ESTA ESTERILIZADO</p> <p>¿Usted lamenta que su esposo/compañero se haya hecho operar para no tener (más) hijos?</p> </div> </div>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → 325</p>	
324	¿Por qué lo lamenta?	<p>MUJER QUIERE OTRO HIJO 1</p> <p>ESPOSO QUIERE OTRO HIJO 2</p> <p>EFFECTOS SECUNDARIOS 3</p> <p>EL NIÑO MURIO..... 4</p> <p>OTRA RAZON 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
325	¿En qué mes y año tuvo usted (él) la operación?	<p>FECHA:</p> <p>MES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
326	PASE A 330B		
327	¿Cómo calcula usted en qué días no puede tener relaciones sexuales?	<p>CALENDARIO/CUENTA DIAS 1</p> <p>TEMPERATURA DEL CUERPO 2</p> <p>MOCO CERVICAL/(BILLINGS) 3</p> <p>TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL 4</p> <p>NO METODO ESPECIFICO 5</p> <p>OTRO 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
328	<p>VEA 313: CODIGOS 09, 10, 96: USUARIA DE RETIRO; OTROS METODOS; RITMO/CALEND/BILLING/ABST.</p> <p>CODIGOS 01 A 06: (METODO)</p>	→ 333	
329	<p>¿Dónde consiguió (METODO) la última vez?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <p>..... (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 11</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12</p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13</p> <p>PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... 14</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22</p> <p>CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23</p> <p>FARMACIA..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO 26</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... 31</p> <p>OTRO LUGAR 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
330A	¿Sabe de algún otro lugar en donde hubiera podido obtener (METODO)?	<p>SI 1 → 331</p>	
330B	¿Al momento de la operación, sabía usted de algún otro lugar en donde podría haberse hecho operar?	<p>NO 2 → 335</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
331	<p>La gente selecciona el lugar para obtener servicios de planificación familiar por diferentes razones.</p> <p>En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?</p> <p>(ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL)</p>	<p>MAS CERCANO A LA CASA 11</p> <p>CERCANO AL MERCADO/TRABAJO 12</p> <p>TRANSPORTE DISPONIBLE 13</p> <p>PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE 21</p> <p>INSTALACIONES MAS LIMPIAS 22</p> <p>OFRECE MEJOR PRIVACIDAD 23</p> <p>MENOR TIEMPO DE ESPERA 24</p> <p>HORAS PROLONGADAS DE ATENCION 25</p> <p>PUEDE USAR OTROS SERVICIOS AHI 26</p> <p>MENOR COSTO 31</p> <p>QUERIA ANONIMIDAD 41</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
331B	PASE A 335		
332	<p>¿Cuál es la razón principal por la cual usted no está usando un método de anticoncepción?</p> <p>(ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL)</p>	<p>NO ESTA CASADA O UNIDA..... 11</p> <p>ESTA EMBARAZADA..... 21</p> <p>NO TIENE RELACIONES..... 22</p> <p>SEXO INFRECIENTE..... 23</p> <p>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 24</p> <p>SUBFERTIL/INFERTIL..... 25</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MAS HIJOS..... 27</p> <p>OPOSICION DE ELLA..... 31</p> <p>OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 32</p> <p>OPOSICION DE PARTE DE OTROS..... 33</p> <p>POR RAZONES RELIGIOSAS..... 34</p> <p>NO CONOCE METODO..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE..... 42</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</p> <p>LEJANIA..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR..... 55</p> <p>INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO..... 56</p> <p>OTRA RAZON 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
333	¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	335
334	¿Cuál es el lugar que usted conoce? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12 CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13 PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... 14 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22 CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23 FARMACIA..... 24 OTRO PRIVADO..... 26 (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... 31 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	
335	¿Fue usted visitada por un trabajador del Programa de Planificación Familiar en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	
336	¿Ha ido a una institución de salud en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	338
337	¿Alguien en la institución que usted visitó le habló sobre métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
338	¿Cuándo una mujer está dando de mamar (lactar), cree usted que ella tiene: MAYOR POSIBILIDAD de quedar embarazada, MENOR POSIBILIDAD, o cree usted que la lactancia NO AFECTA la posibilidad de quedar embarazada?	MAYOR POSIBILIDAD..... 1 MENOR POSIBILIDAD..... 2 NO AFECTA LA POSIBILIDAD..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	
339	VEA EN 210 SI LA MUJER TIENE UNO O MAS HIJOS: UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/> SIN HIJOS <input type="checkbox"/>		469
340	¿Ha confiado usted alguna vez en la lactancia como método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	342
340A	VEA EN 310 Y 311 SI LA MUJER NO ESTA NI ESTERILIZADA NI EMBARAZADA: MUJER NO ESTÁ ESTERILIZADA NI EMBARAZADA (O INSEGURA) <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA O EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		342
341	¿Usted confía en la actualidad en la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	
342	VEA EN 224 SI LA MUJER TUVO UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993: UNO O MAS NACIDOS DESDE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1993; O SIN HIJOS <input type="checkbox"/>		469

SECCION 3A. PLANIFICACION DE EMBARAZOS

352	<p>ANOTE EN LAS PREGUNTAS 353 Y 354, EN CADA COLUMNA, LA INFORMACION CORRESPONDIENTE PARA TODOS LOS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993. COMIENZE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO. SI LO REQUIERE, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la planificación y la salud de los niños nacidos vivos que tuvo en los últimos 5 años. (Hablaemos por turno, sobre cada niño).</p>		
353	<p>VEA 212 PARA OBTENER:</p> <p>NUMERO DE LINEA → <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE → <input type="text"/></p>	<p>ULTIMO NACIDO VIVO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>	<p>PENULTIMO NACIDO VIVO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p>
354	<p>VEA 216 PARA SABER:</p> <p>SI VIVO O MUERTO →</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></p>
355	<p>Antes de quedar embarazada de (NOMBRE), (pero después del nacimiento de) (NOMBRE DE ANTERIOR NACIDO VIVO) ¿usó algún método o hizo algo para evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A PROXIMO NIÑO O A PREGUNTA 403 SI NO HAY MAS)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A PROXIMO NIÑO O A PREGUNTA 403 SI NO HAY MAS)</p>
356	<p>¿Cuál fue el último método que usó entonces?</p>	<p>PILDORA/PASTILLAS..... 01</p> <p>DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO).. 02</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON)..... 03</p> <p>INYECCIONES (DEPO-PROVERA)..... 04</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 05</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA (LIGAD). 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA (VAS).. 08</p> <p>RITMO/CALEND/BILLINGS/ABSTIN.... 09</p> <p>RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)..... 10</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>PILDORA/PASTILLAS..... 01</p> <p>DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO).. 02</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON)..... 03</p> <p>INYECCIONES (DEPO-PROVERA)..... 04</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 05</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA (LIGAD). 07</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA (VAS).. 08</p> <p>RITMO/CALEND/BILLINGS/ABSTIN.... 09</p> <p>RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)..... 10</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
357	<p>¿En qué mes y año empezó a usar (ULTIMO METODO) entonces?</p>	<p>FECHA:</p> <p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>FECHA:</p> <p>MES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
358	<p>¿Durante cuántos meses estuvo usando (ULTIMO METODO) continuamente en esa oportunidad?</p> <p>ANOTE "00" SI USO POR MENOS DE "1" MES</p>	<p>NUMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 AÑOS O MAS..... 96</p>	<p>NUMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 AÑOS O MAS..... 96</p>
359	<p>¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>(PASE A PROXIMO NIÑO O A PREGUNTA 403)</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>(PASE A PROXIMO NIÑO O A PREGUNTA 403)</p> <p>NO..... 2</p>
360	<p>¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?</p>	<p>QUEDO EMBARAZADA USANDO..... 21</p> <p>SIN RELACIONES/DIVORC/SEPAR..... 22</p> <p>SEXO INFREC/ESPOSO LEJOS..... 23</p> <p>MENOPAUSICA/HISTERECTOM..... 24</p> <p>SUBFERTIL/INFERTIL..... 25</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MAS HIJOS/QUERIA EMBAR.... 27</p> <p>OPOSICION ESPOSO/COMPAÑERO..... 32</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS.... 52</p> <p>LEJANIA/NO CONOCE FUENTE..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR..... 55</p> <p>OTRA RAZON 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	<p>QUEDO EMBARAZADA USANDO..... 21</p> <p>SIN RELACIONES/DIVORC/SEPAR..... 22</p> <p>SEXO INFREC/ESPOSO LEJOS..... 23</p> <p>MENOPAUSICA/HISTERECTOM..... 24</p> <p>SUBFERTIL/INFERTIL..... 25</p> <p>POSTPARTO/LACTANCIA..... 26</p> <p>DESEA MAS HIJOS/QUERIA EMBAR.... 27</p> <p>OPOSICION ESPOSO/COMPAÑERO..... 32</p> <p>PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS.... 52</p> <p>LEJANIA/NO CONOCE FUENTE..... 53</p> <p>MUY COSTOSO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR..... 55</p> <p>OTRA RAZON 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>
361	<p>REGRESE A LA PREGUNTA 355 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, O SI NO HAY MAS PASE A LA PREGUNTA 403</p>		

SECCION 4. EMBARAZO Y LACTANCIA

403	VEA 353 EN PAGINA ANTERIOR PARA:	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
	NUMERO DE LINEA → <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NOMBRE → _____	NOMBRE _____	NOMBRE _____
404	VEA 354 PARA SABER: SI VIVO O MUERTO →	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ ↓
405	¿Cuando usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería quedar embarazada ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA tener (más) hijos(as)?	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407)← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407)←	ENTONCES..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407)← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407)←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
407	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), vio a alguien para control de embarazo (o atención prenatal)?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 410)←	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 410)←
407A	¿A quién vio para control de embarazo (o atención prenatal)? INDAGUE: ¿Vio a alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y CIRCULE LOS CODIGOS DE LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO..... A ENFERMERA..... B SANITARIO/ AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	MEDICO..... A ENFERMERA..... B SANITARIO/ AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control de embarazo (atención prenatal) de (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
409	¿Cuántas visitas de control de embarazo (atención prenatal) tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)?	NUMERO DE VISITAS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE VISITAS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
410	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), le colocaron una inyección en el brazo para que el niño no tenga tétanos (convulsiones después de nacido)?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 412)← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 412)← NO SABE..... 8
411	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
412	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12 CNS/OTRAS CAJAS..... 13 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... 22 SU CASA..... 41 OTRA CASA..... 42 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12 CNS/OTRAS CAJAS..... 13 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... 22 SU CASA..... 41 OTRA CASA..... 42 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)

		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Alguien más? INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y CIRCULE LOS CODIGOS DE LAS PERSONAS MENCIONADAS	MEDICO..... A ENFERMERA B SANITARIO AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	A B C D E X Y	MEDICO..... A ENFERMERA B SANITARIO AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	A B C D E X Y
413A	¿Con qué cortaron el cordón umbilical?	INSTRUMENTAL MEDICO/ TIJERA O NAVAJA LIMPIOS..... 1 MACHETE..... 2 VIDRIO/ CERAMICA..... 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	1 2 3 6	INSTRUMENTAL MEDICO/ TIJERA O NAVAJA LIMPIOS..... 1 MACHETE..... 2 VIDRIO O CERAMICA..... 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	1 2 3 6
414	¿El parto de (NOMBRE) fue prolongado y con las contracciones o dolores de parto fuertes y regulares que duran 12 horas?	SI..... 1 NO..... 2	1 2	SI..... 1 NO..... 2	1 2
414A	¿Durante el parto de (NOMBRE), tuvo usted hemorragia vaginal mucho más abundante que la normal que hay después del parto?	SI..... 1 NO..... 2	1 2	SI..... 1 NO..... 2	1 2
414B	¿Durante el parto de (NOMBRE), tuvo usted fiebre alta y secreción vaginal olorosa?	SI..... 1 NO..... 2	1 2	SI..... 1 NO..... 2	1 2
414C	¿Durante el parto de (NOMBRE), tuvo usted convulsiones o ataques con o sin desmayo?	SI..... 1 NO..... 2	1 2	SI..... 1 NO..... 2	1 2
414D	¿Durante el parto de (NOMBRE), tuvo usted otras complicaciones? SI RESPONDE "SI" INDAGUE: ¿Qué clase de complicaciones?	SI 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2	1 2	SI 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2	1 2
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea (operación del vientre)?	SI..... 1 NO..... 2	1 2	SI..... 1 NO..... 2	1 2
415A	¿Al nacer (NOMBRE) lloró o se movió activamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1 2 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1 2 8
415B	¿Podía (NOMBRE) beber o manar normalmente en las primeras horas de vida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1 2 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	1 2 8
416	¿A los cuántos meses del embarazo de (NOMBRE) se produjo el nacimiento?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>		MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
417	¿En su opinión (NOMBRE) al nacer era muy pequeño, más pequeño que lo normal, normal, más grande que lo normal, o mucho más grande que lo normal?	MUY PEQUEÑO..... 1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL..... 2 NORMAL..... 3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL..... 4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL... 5 NO SABE..... 8	1 2 3 4 5 8	MUY PEQUEÑO..... 1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL..... 2 NORMAL..... 3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL..... 4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL... 5 NO SABE..... 8	1 2 3 4 5 8

No.	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
417A	¿Pesaron a (NOMBRE) cuando nació? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 419)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 419)←
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? SOLICITE EL CARNET Y VERIFIQUE KILOGRAMOS SEGUN CARNET.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KILOGRAMOS SEGUN LA MADRE.. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KILOGRAMOS SEGUN CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KILOGRAMOS SEGUN LA MADRE.... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
419	¿A los cuántos meses empezó (NOMBRE) a caminar? MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVIA NO CAMINA..... 95	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TODAVIA NO CAMINA..... 95
419A	¿Le volvió su menstruación o sangrado desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 (PASE A 421)← NO..... 2 (PASE A 422)←	
420	¿Le volvió su menstruación o sangrado entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424)←	
421	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación o sangrado? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación o sangrado?) MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98
422	VEA EN 225 SI LA MUJER ESTA EMBARAZADA: NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 423) (PASE A 424)	
423	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425)←	
424	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
425	¿Le dio pecho a (NOMBRE) alguna vez? SI..... 1 (PASE A 427)← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 427)← NO..... 2
426	¿Por qué nunca le dio pecho a (NOMBRE)? MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROB' FNAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)
426A	(PASE A 432)	(PASE A 432)

No.	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____																																					
427	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS. SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS. DE OTRA MANERA, ANOTE DIAS	INMEDIATAMENTE..... 0 <table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HORAS..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS..... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0																	INMEDIATAMENTE..... 0 <table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HORAS..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS..... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0																
0	0																																						
0	0																																						
428	VEA EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ESTA VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 429) </div> <div> ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 430) </div> </div>	VEA EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ESTA VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 429) </div> <div> ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 430) </div> </div>																																					
429	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)? SI..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO..... 2							¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)? SI..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO..... 2																															
430	¿Por cuántos meses le dio pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE 1 MES, ANOTE "00" MESES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98							¿Por cuántos meses le dio pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE 1 MES, ANOTE "00" MESES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98																															
431	¿Por qué dejó de darle pecho a (NOMBRE)? MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	¿Por qué dejó de darle pecho a (NOMBRE)? MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)																																					
432	VEA EN 428 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 435) </div> <div> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 443) </div> </div>	VEA EN 428 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 435) </div> <div> MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 443) </div> </div>																																					
433	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																															
434	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																															
435	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una mamadera con chupón (biberón) ayer o anoche? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una mamadera con chupón (biberón) ayer o anoche? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																																					

No.		ULTIMO NACIDO VIVO			PENULTIMO NACIDO VIVO				
		NOMBRE			NOMBRE				
436	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?:		SI	NO	NS		SI	NO	NS
	Agua sola?	AGUA SOLA.....	1	2	8	AGUA SOLA.....	1	2	8
	Agua azucarada(sólo agua con azúcar)?	AGUA AZUCARADA.....	1	2	8	AGUA AZUCARADA.....	1	2	8
	Jugo?	JUGO.....	1	2	8	JUGO.....	1	2	8
	Mates?	MATES.....	1	2	8	MATES.....	1	2	8
	Leches especiales para bebé (S26, SMA, etc)	LECHES ESPECIALES.....	1	2	8	LECHES ESPECIALES.....	1	2	8
	Leche fresca?	LECHE FRESCA.....	1	2	8	LECHE FRESCA.....	1	2	8
	Leche diluida o en polvo?	LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8	LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8
	Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8	OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8
	Alim. preparado de CEREAL/QUINUA/AVENA/ARROZ	CER./QUINUA/AVENA/ARROZ.	1	2	8	CER./QUINUA/AVENA/ARROZ.	1	2	8
	Alimento preparado de TUBERCULOS/FRUTAS)	PREPAR. TUBERCULO/FRUTA.	1	2	8	PREPAR. TUBERCULO/FRUTA.	1	2	8
	Huevo, pescado, pollo?	HUEVO/PESCADO/POLLO....	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO....	1	2	8
	Carne?	CARNE.....	1	2	8	CARNE.....	1	2	8
	Otro alimento sólido o semisólido?	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8
437	VEA EN 436 SI LE DIO ALGUNO DE ESOS ALIMENTOS EN EL DIA DE AYER	AL MENOS UN "1" EN 436 <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	NINGUN "1" EN 436 <input type="checkbox"/> (PASE A 438)	AL MENOS UN "1" EN 436 <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	NINGUN "1" EN 436 <input type="checkbox"/> (PASE A 438)				
438	VEA EN 429 SI TODAVIA LE DA PECHO	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)	YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)				
439	¿Recibió (NOMBRE) algo de beber o comer, diferente de la leche materna, ayer durante el día o por la noche?	SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... 1 NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 442) ←		SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 442) ←					
439A	¿Qué comió o bebió (NOMBRE)?	CORRIJA 436			CORRIJA 436				
440	¿Cuántas veces comió y/o bebió (NOMBRE) durante el día de ayer? SI MAS DE 7 VECES, ANOTE "7"	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8		NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8					
441	¿Durante cuántos días en los últimos siete días (NOMBRE) recibió lo siguiente:	(ANOTE EL NUMERO DE DIAS) (SI NO SABE, ANOTE "8")		(ANOTE EL NUMERO DE DIAS) (SI NO SABE, ANOTE "8")					
	¿Agua sola?	AGUA SOLA.....	<input type="checkbox"/>	AGUA SOLA.....	<input type="checkbox"/>				
	¿Leche diferente de la leche materna?	LECHE.....	<input type="checkbox"/>	LECHE.....	<input type="checkbox"/>				
	¿Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS.....	<input type="checkbox"/>	OTROS LIQUIDOS.....	<input type="checkbox"/>				
	¿Preparación de CEREAL/QUINUA/AVENA/ARROZ	PREP. CEREAL/QUINUA/AVEN/ARROZ.	<input type="checkbox"/>	PREP. CEREAL/QUINUA/AVEN/ARROZ.	<input type="checkbox"/>				
	¿Preparación de TUBERCULOS/FRUTA?	PREPAR. DE TUBERCULOS/FRUTA...	<input type="checkbox"/>	PREPAR. DE TUBERCULOS/FRUTA...	<input type="checkbox"/>				
	¿Huevo, pescado, pollo?	HUEVO/PESCADO/POLLO.....	<input type="checkbox"/>	HUEVO/PESCADO/POLLO.....	<input type="checkbox"/>				
	¿Carne?	CARNE.....	<input type="checkbox"/>	CARNE.....	<input type="checkbox"/>				
	¿Otro alimento sólido o semisólido?	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO.....	<input type="checkbox"/>	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO.....	<input type="checkbox"/>				
442		REGRESE A LA PREGUNTA 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, O SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 443			REGRESE A LA PREGUNTA 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, O SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 443				

SECCION 4A. VACUNACION Y SALUD

443	VEA 353 PARA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NUMERO DE ORDEN → <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NOMBRE → _____ </div> <div style="width: 50%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ULTIMO NACIDO VIVO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NOMBRE _____ </div> <div style="width: 48%;"> PENULTIMO NACIDO VIVO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NOMBRE _____ </div> </div> </div> </div>																																																		
445	VEA 354 PARA SABER: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> SI VIVO O MUERTO → <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> VIVO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div style="text-align: center;">↓ (PASE A 446)</div> <div style="text-align: center;">↓ (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469)</div> </div> </div> <div style="width: 48%;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> VIVO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div style="text-align: center;">↓ (PASE A 446)</div> <div style="text-align: center;">↓ (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469)</div> </div> </div> </div>																																																		
446	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual estén registradas las vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla, por favor? </div> <div style="width: 48%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> SI, FUE VISTA..... 1- → (PASE A 449) </div> <div style="width: 48%;"> SI, NO FUE VISTA..... 2- → (PASE A 452A) </div> </div> NO HAY TARJETA..... 3 </div> </div>																																																		
447	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)? SI..... 1- → (PASE A 452A) NO..... 2- → (PASE A 452A) </div> <div style="width: 48%;"> SI..... 1- → (PASE A 452A) NO..... 2- → (PASE A 452A) </div> </div>																																																		
449	<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS PARA CADA VACUNACION. ESCRIBA '44' EN LA COLUMNA 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA PERO NO HAY FECHAS. SI HAY FECHAS PARA 'DPT' Y HAY EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO RECIBIO POLIO (RECIBIO GOTITAS EN LA BOCA), UTILICE LAS MISMAS FECHAS QUE PARA 'DPT'. ANOTE '98' SI FALTA EL DIA, MES. </div> <div style="width: 70%;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th colspan="2">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>POLIO AL NACER</td> <td>P0</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td>P1</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td>P2</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td>P3</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>DPT 1</td> <td>D1</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>DPT 2</td> <td>D2</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>DPT 3</td> <td>D3</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>SARAMPION</td> <td>SA</td> <td></td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>		DIA	MES	AÑO		BCG			1	9	POLIO AL NACER	P0		1	9	POLIO 1	P1		1	9	POLIO 2	P2		1	9	POLIO 3	P3		1	9	DPT 1	D1		1	9	DPT 2	D2		1	9	DPT 3	D3		1	9	SARAMPION	SA		1	9
	DIA	MES	AÑO																																																
BCG			1	9																																															
POLIO AL NACER	P0		1	9																																															
POLIO 1	P1		1	9																																															
POLIO 2	P2		1	9																																															
POLIO 3	P3		1	9																																															
DPT 1	D1		1	9																																															
DPT 2	D2		1	9																																															
DPT 3	D3		1	9																																															
SARAMPION	SA		1	9																																															
450	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no estén registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT 1-3, POLIO AL NACER, POLIO 1-3, Y/O SARAMPION. </div> <div style="width: 48%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> SI..... 1- → (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA 'DIA' EN LA PREGUNTA 449) </div> <div style="width: 48%;"> NO..... 2 NO SABE..... 8 </div> </div> </div> </div>																																																		
450A	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%; text-align: center;">(PASE A 453)</div> <div style="width: 48%; text-align: center;">(PASE A 453)</div> </div>																																																		
452A	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido la vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el hombro (parte superior del brazo) que deja una cicatriz? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 </div> <div style="width: 48%;"> SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 </div> </div>																																																		
452B	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la Polio, administrada mediante gotas en la boca? SI..... 1 NO..... 2- → (PASE A 452E) NO SABE..... 8- → (PASE A 452E) </div> <div style="width: 48%;"> SI..... 1 NO..... 2- → (PASE A 452E) NO SABE..... 8- → (PASE A 452E) </div> </div>																																																		
452C	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿Cuántas veces? NUMERO DE VECES..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="width: 48%;"> NUMERO DE VECES..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>																																																		
452D	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> ¿La primera vacuna contra la Polio fue dada justo al nacer o más tarde? AL NACER..... 1 MAS TARDE..... 2 </div> <div style="width: 48%;"> AL NACER..... 1 MAS TARDE..... 2 </div> </div>																																																		

No.		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
452E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 452G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 452G) ←
452F	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>
452G	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
453	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con FIEBRE, en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
454	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con TOS, en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←
455	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con la TOS, respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
456	¿Pidió usted consejo o tratamiento para la TOS?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ←
457	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la TOS? INDAGUE: ¿Algún otro sitio o persona? SONDEE POR EL TIPO DE PERSONA O INSTITUCION Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... G CLINICA DE IGLESIAS..... H CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR I FARMACIA..... J OTRO PRIVADO..... K (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... G CLINICA DE IGLESIAS..... H CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR I FARMACIA..... J OTRO PRIVADO..... K (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)
458	¿Ha tenido (NOMBRE) DIARREA durante las últimas dos semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 468) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 468) ←
459	¿Había sangre en las deposiciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
460	¿En el peor día de la DIARREA, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	NUMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
461	¿En ese día, le dio a tomar la MISMA CANTIDAD de líquidos que le dio antes de la DIARREA, le dio MAS LIQUIDOS que antes, o le dio MENOS LIQUIDOS que antes?	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8

No.	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE _____		NOMBRE _____	
462	¿En ese día, le dio de comer la MISMA CANTIDAD de sólidos que le dio antes de la DIARREA, le dio MAS SOLIDOS que antes, o le dio MENOS SOLIDOS que antes?	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO HA EMPEZADO A DARLE SOLIDOS.. 5 NO SABE..... 8	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO HA EMPEZADO A DARLE SOLIDOS.. 5 NO SABE..... 8	
463	Cuando (NOMBRE) tuvo DIARREA, ¿le dieron a él/ella: ¿Sales de rehidratación oral, Suero de la vida(SRO)? ¿Solución casera de agua, sal y azúcar? ¿Líquido preparado con ARROZ, CEREAL, QUINUA, AVENA, TUBERCULOS, FRUTAS? ¿Sopas, caldos? ¿Mates? ¿Leche fresca/diluida/fórmula para bebé? ¿Agua? ¿Otros líquidos?	SI NO NS SALES REH. ORAL (SRO)... 1 2 8 SOLUCION CASERA 1 2 8 LIQU. CON ARROZ/CEREAL/QUINUA/AV/TUBERC/FRUT... 1 2 8 SOPAS, CALDOS..... 1 2 8 MATES..... 1 2 8 L. FRESCA/DILUI/FORMULA. 1 2 8 AGUA..... 1 2 8 OTROS LIQUIDOS..... 1 2 8	SI NO NS SALES REH. ORAL (SRO)... 1 2 8 SOLUCION CASERA 1 2 8 LIQU. CON ARROZ/CEREAL/QUINUA/AV/TUBERC/FRUT... 1 2 8 SOPAS, CALDOS..... 1 2 8 MATES..... 1 2 8 L. FRESCA/DILUI/FORMULA. 1 2 8 AGUA..... 1 2 8 OTROS LIQUIDOS..... 1 2 8	
463A	VEA EN 463 SI RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL, SUERO DE LA VIDA(SRO)	SI, RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL, SUERO DE LA VIDA(SRO) (CODIGO "1") <input type="checkbox"/> RESTO → (PASE A 464) <input type="checkbox"/> (PASE A 463B)	SI, RECIBIO SALES DE REHIDRATACION ORAL, SUERO DE LA VIDA(SRO) (CODIGO "1") <input type="checkbox"/> RESTO → (PASE A 464) <input type="checkbox"/> (PASE A 463B)	
463B	¿Dónde consiguió las sales de rehidratación oral? INDAGUE: ¿Algún otro sitio o persona? _____ _____ _____ (ANOTE TEXTUALMENTE Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIA(URO)..... E PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H CLINICA DE IGLESIAS..... I CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR J FARMACIA..... K OTRO TIPO DE TIENDA _____ L (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIA(URO)..... E PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H CLINICA DE IGLESIAS..... I CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR J FARMACIA..... K OTRO TIPO DE TIENDA _____ L (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO _____ M (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)	

No.		ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
464	¿Le dieron a (NOMBRE) algo (más) para tratar la DIARREA?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 466) ← NO SABE..... 8
465	¿Qué más le dieron para la DIARREA? INDAGUE: ¿Algo más? CIRCULE LOS CODIGOS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	PASTILLAS O JARABES..... A ANTIDIARREICOS..... B INYECCION..... C INTRAVENOSA..... D REMEDIO CASERO/HIERBAS..... E OTRO X (ESPECIFIQUE)	PASTILLAS O JARABES..... A ANTIDIARREICOS..... B INYECCION..... C INTRAVENOSA..... D REMEDIO CASERO/HIERBAS..... E OTRO X (ESPECIFIQUE)
466	¿Pidió usted consejo o tratamiento para la DIARREA?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 468) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 468) ←
467	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la DIARREA? INDAGUE: ¿Algún otro sitio o persona? SONDEE POR EL TIPO DE PERSONA O INSTITUCION Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIA(URO)..... E PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H CLINICA DE IGLESIAS..... I CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR J FARMACIA..... K OTRO TIPO DE TIENDA..... L (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO..... M (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA... D UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIA(URO)..... E PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... F CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... G CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... H CLINICA DE IGLESIAS..... I CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR J FARMACIA..... K OTRO TIPO DE TIENDA..... L (ESPECIFIQUE) OTRO PRIVADO..... M (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)
468		REGRESE A LA PREGUNTA 443 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 469	REGRESE A LA PREGUNTA 443 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 469

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
469	¿Cuando un niño tiene DIARREA, se le debe dar MENOS cantidad de LIQUIDOS, IGUAL cantidad de LIQUIDOS, o MAYOR cantidad de lo usual?	MENOS LIQUIDOS..... 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD LIQUIDOS..... 2 MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	
470	¿Cuando un niño tiene DIARREA, se le debe dar de comer MENOS cantidad de SOLIDOS O SEMISOLIDOS, IGUAL cantidad de SOLIDOS O SEMISOLIDOS, o MAYOR cantidad de lo usual?	MENOS SOLIDOS..... 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD SOLIDOS..... 2 MAYOR CANTIDAD DE SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	
471	¿Por favor dígame, cuándo se debe llevar un niño enfermo con DIARREA a recibir atención médica? CIRCULE LOS CODIGOS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	MUCHAS DEPOSICIONES FLOJAS..... A VOMITO REPETIDO..... B SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... C FIEBRE..... D SED MARCADA..... E NO BEBE O COME BIEN..... F PONIENDOSE MAS O MUY ENFERMO..... G NO SE MEJORA..... H OTRA RAZON _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
472	¿Por favor dígame, cuándo se debe llevar un niño enfermo con TOS a recibir atención médica? CIRCULE LOS CODIGOS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RESPIRACION AGITADA..... A DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B RESPIRACION RUIDOSA..... C FIEBRE..... D INCAPAZ DE BEBER..... E NO BEBE O COME BIEN..... F PONIENDOSE MAS O MUY ENFERMO..... G NO SE MEJORA..... H OTRA RAZON _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
473	VEA EN 463 PARA TODOS LOS NIÑOS SI ALGUNO RECIBIO SRO: ALGUN NIÑO RECIBIO SRO <input type="checkbox"/> SI NINGUN NIÑO RECIBIO SRO <input type="checkbox"/> O NO SE PREGUNTO 463		474A
474	¿Ha oído usted hablar de un producto llamado SRO (sales de rehidratación oral) que usted puede conseguir para el tratamiento de la DIARREA?	SI..... 1 NO..... 2	
474A	¿Ha oído usted hablar del sulfato ferroso?	SI..... 1 NO..... 2 → 475	
474B	¿Ha recibido usted alguna vez sulfato ferroso?	SI..... 1 NO..... 2 → 475	
474C	¿Ha tomado usted alguna vez sulfato ferroso?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4B. SERVICIO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
475	¿Conoce o ha oído hablar del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)?	SI..... 1 NO..... 2	501
475A	¿De qué fuentes de información se ha enterado usted sobre el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez?	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES/INSTITUCIONES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO..... X ESPECIFIQUE	
476	¿Sabe qué personas o instituciones brindan los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez?	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANITARIA..... B CAJA NACIONAL DE SALUD(CNS)/OTRAS CAJAS.. C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA..... D PROMOTOR(A)/REPR.POP.SAL.(RPS)/AUXILIAR.. E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR..... G CLINICA DE IGLESIAS..... H OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	
477	¿Ha utilizado los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez?	SI..... 1 NO..... 2	479
478	¿Dónde ha utilizado los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez?	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANITARIA..... B CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA..... D PROMOTOR(A)/REPR.POP.SAL.(RPS)/AUXILIAR.. E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR..... G CLINICA DE IGLESIAS..... H OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	
479	¿Alguna vez trató de utilizar los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez pero fue incapaz de hacerlo por alguna razón?	SI..... 1 NO..... 2	481
479A	¿Cuál fue la razón o tipo de problema que tuvo para no poder utilizar el Seguro?	TENIA QUE PAGAR ALGO POR LAS MEDICINAS... A NO TODOS LOS SERVICIOS ESTABAN DISPONIB.. B NO TODAS LAS MEDICINAS ESTABAN DISPONIBL. C OTRO PROBLEMA..... X (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																								
480	¿Dónde fue que usted trató de utilizar los servicios del Seguro pero tuvo esos problemas? INDAGUE: ¿Algúna otra institución o persona? SONDEE POR EL TIPO DE PERSONA O INSTITUCION Y CIRCULE LOS CODIGOS CORRESPONDIENTES	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANITARIA..... B CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. C HOSPITALES Y CLINICAS DE FFAA..... D PROMOTOR(A)/REPR.POP.SAL.(RPS)/AUXILIAR.. E CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... F CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR..... G CLINICA DE IGLESIAS..... H OTRO PRIVADO..... X (ESPECIFIQUE)																									
481	VEA EN 477 SI HA UTILIZADO EL SNMN: HA USADO EL SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ <input type="checkbox"/> NO HA USADO EL SEGURO DE MATERNIDAD Y NIÑEZ <input type="checkbox"/>		501																								
482	VEA EN 215 Y 225: EMBARAZADA ACTUALMENTE O UNO O MAS NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> NI EMBARAZADA ACTUALMENTE, NI NINGUN NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/>		501																								
483	¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual están registradas las visitas cubiertas por el SNMN? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla, por favor?	SI, FUE VISTA..... 1 SI, NO FUE VISTA..... 2 NO HAY TARJETA..... 3	484A 485																								
484	COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS PARA CADA TIPO DE SERVICIO (SI HAY VARIOS, UTILICE LA ULTIMA VISITA). SI LA TARJETA MUESTRA QUE RECIBIO EL SERVICIO PERO NO HAY FECHAS, ESCRIBA '44' EN LA COLUMNA 'DIA'	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATENCION PRENATAL</td> <td></td> <td></td> <td>1 9</td> </tr> <tr> <td>ATENCION DEL PARTO</td> <td></td> <td></td> <td>1 9</td> </tr> <tr> <td>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PARTO</td> <td></td> <td></td> <td>1 9</td> </tr> <tr> <td>TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA</td> <td></td> <td></td> <td>1 9</td> </tr> <tr> <td>TRATAMIENTO DE DIARREA</td> <td></td> <td></td> <td>1 9</td> </tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	ATENCION PRENATAL			1 9	ATENCION DEL PARTO			1 9	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PARTO			1 9	TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA			1 9	TRATAMIENTO DE DIARREA			1 9	
	DIA	MES	AÑO																								
ATENCION PRENATAL			1 9																								
ATENCION DEL PARTO			1 9																								
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PARTO			1 9																								
TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA			1 9																								
TRATAMIENTO DE DIARREA			1 9																								
484A	SI MOSTRO TARJETA, COPIE FECHA DE EMISION. SI TIENE TARJETA PERO NO LA MOSTRO, PREGUNTE: ¿En qué mes y año le dieron la tarjeta del Seguro?	FECHA TARJETA <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	MES	AÑO	1	9																					
MES	AÑO																										
1	9																										
484B	¿Quién le dio la tarjeta del Seguro?	ALCALDE..... 1 INSTITUCION DE SALUD..... 2 OTRA PERSONA/INSTIT..... 6 ESPECIFIQUE																									
485	¿Utilizó los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez para el cuidado prenatal de su último hijo(a) (o su embarazo actual)?	SI..... 1 NO..... 2	487																								
486	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Nacional de Salud de Maternidad y Niñez para el cuidado prenatal de su último hijo(a) (o su embarazo actual)? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? CIRCULE LOS CODIGOS PARA CADA UNA DE LAS RAZONES MENCIONADAS	TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DIAS..... H HORARIO DE ATENCION INADECUADO..... I OTRA RAZON..... X (ESPECIFIQUE)																									
487	¿Utilizó los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez para el parto de su último hijo(a)?	SI..... 1 NO..... 2	489																								

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
488	<p>¿Cual fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios del Seguro Nacional de Salud de Maternidad y Niñez para el parto de su último hijo(a)?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	<p>TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B</p> <p>PERSONAL POCO AMABLE..... C</p> <p>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO... D</p> <p>PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E</p> <p>EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F</p> <p>EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DIAS..... H</p> <p>HORARIO DE ATENCION INADECUADO..... I</p> <p>OTRA RAZON X (ESPECIFIQUE)</p>	
489	<p>VEA EN 454 SI EL ULTIMO NIÑO TUVO TOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS:</p> <p>ULTIMO NIÑO TUVO TOS <input type="checkbox"/> EN ULTIMAS DOS SEMANAS ULTIMO NIÑO NO TUVO TOS <input type="checkbox"/> EN ULTIMAS DOS SEMANAS → 492</p>		
490	<p>¿Utilizó los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez cuando su último hijo(a) tuvo TOS en las últimas dos semanas?</p>	<p>SÍ..... 1 → 492</p> <p>NO..... 2</p>	
491	<p>¿Cual fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios del Seguro Nacional de Salud de Maternidad y Niñez cuando su último hijo(a) tuvo TOS?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE LOS CODIGOS DE DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	<p>TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B</p> <p>PERSONAL POCO AMABLE..... C</p> <p>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO... D</p> <p>PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E</p> <p>EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F</p> <p>EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DIAS..... H</p> <p>HORARIO DE ATENCION INADECUADO..... I</p> <p>OTRA RAZON X (ESPECIFIQUE)</p>	
492	<p>VEA EN 458 SI EL ULTIMO NIÑO TUVO DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS:</p> <p>ULTIMO NIÑO TUVO DIARREA <input type="checkbox"/> EN ULTIMAS DOS SEMANAS ULTIMO NIÑO NO TUVO DIARREA <input type="checkbox"/> EN ULTIMAS DOS SEMANAS → 501</p>		
493	<p>¿Utilizó los servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez cuando su último hijo(a) tuvo DIARREA en las últimas dos semanas?</p>	<p>SÍ..... 1 → 501</p> <p>NO..... 2</p>	
494	<p>¿Cual fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios del Seguro Nacional de Salud de Maternidad y Niñez cuando su último hijo(a) tuvo DIARREA?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	<p>TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B</p> <p>PERSONAL POCO AMABLE..... C</p> <p>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO... D</p> <p>PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E</p> <p>EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F</p> <p>EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DIAS..... H</p> <p>HORARIO DE ATENCION INADECUADO..... I</p> <p>OTRA RAZON X (ESPECIFIQUE)</p>	

SECCION 5. NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A															
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSO.....	1	2	OTROS HOMBRRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2	
	SI	NO																
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
ESPOSO.....	1	2																
OTROS HOMBRRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
502	¿Está usted casada o unida ahora?	CASADA..... 1 → 506 EN UNION..... 2 → 506 NO ESTA EN UNION..... 3																
503	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre? SI RESPUESTA ES "SI", INDAGUE SI 'CASADA' O 'UNIDA'	SI, CASADA ANTERIORMENTE..... 1 SI, UNIDA ANTERIORMENTE..... 2 → 510 NO..... 3 → 515																
505	¿Entonces, cuál es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?	VIUDA..... 1 → 510 DIVORCIADA..... 2 → 510 SEPARADA..... 3 → 510																
506	¿Su esposo (compañero) vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2																
507	VEA EL CUESTIONARIO DE HOGAR PARA EL NUMERO DE LINEA DEL ESPOSO O COMPAÑERO..... ANOTE "00" SI NO ES MIEMBRO DEL HOGAR	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																
510	¿Ha estado usted casada o unida (concubinada) solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2																
511	VEA EN 510 SI CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ O MAS: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> CASADA O UNIDA SOLO UNA VEZ <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> CASADA O UNIDA MAS DE UNA VEZ <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo o compañero? </div> <div style="text-align: center;"> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero? </div> </div>	MES..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">19</div> → 515 NO SABE AÑO..... 9998																
512	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con él?	EDAD..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A													
515	<p>Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad.</p> <p>VEA EN 210 SI UNO O MAS NACIDOS VIVOS (O SI NINGUNO):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales, si es que ha tenido?</p> </div> </div>	<p>NUNCA..... 0</p> <p>HACE DIAS..... 1</p> <p>HACE SEMANAS..... 2</p> <p>HACE MESES..... 3</p> <p>HACE AÑOS..... 4</p> <p>ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 9</p>	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>6</td></tr> </table>	0	0									9	6	607
0	0															
9	6															
516	<p>VEA 301 y 302 PARA CONOCIMIENTO DE CONDON:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>¿La última vez que usted tuvo relaciones, utilizó el condón?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/></p> <p>Los hombres pueden ponerse un preservativo durante las relaciones sexuales. ¿La última vez que usted tuvo relaciones, utilizó el condón?</p> </div> </div>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p>														
517	<p>¿Sabe usted dónde se pueden conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		519												
518	<p>¿Dónde pueden conseguirse principalmente los condones?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 11</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12</p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13</p> <p>PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... 14</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22</p> <p>CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23</p> <p>FARMACIA..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO..... 26</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... 31</p> <p>OTRO LUGAR..... 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>														
519	<p>¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>EDAD.....</p> <p>PRIMERA VEZ CUANDO CASADA.....</p>	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			96										

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601	<p>VEA EN 313 SI ALGUNO DE LOS DOS O NINGUNO HA SIDO ESTERILIZADO:</p> <p>NINGUNO DE LOS DOS HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>ELLA O EL HA SIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>		613
602	<p>VEA EN 225 SI ESTA EMBARAZADA O NO:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Quisiera usted tener un (otro) hijo(a) o preferiría no tener (más) hijos(as)?</p> <p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Después del hijo(a) que está esperando, quisiera usted tener otro hijo(a) o preferiría no tener más hijos(as)?</p>	<p>TENER UN (OTRO) HIJO(A)..... 1</p> <p>NO MAS/NINGUNO..... 2 → 604</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 606</p> <p>INDECISA O NO SABE..... 8 → 604</p>	
603	<p>VEA LA PREGUNTA ANTERIOR:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo(a)?</p> <p>¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del nacimiento del hijo(a) que está esperando, antes de tener otro hijo(a)?</p>	<p>MESES..... 1</p> <p>AÑOS..... 2</p> <p>PRONTO/AHORA..... 9 9 3 → 606</p> <p>NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 9 9 4 → 606</p> <p>DESPUES DE CASARSE..... 9 9 5</p> <p>OTRO (ESPECIFIQUE)..... 9 9 6</p> <p>NO SABE..... 9 9 8</p>	
604	<p>VEA EN 602 SI ESTA O NO EMBARAZADA:</p> <p>NO ESTA EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanas, ¿Se sentiría contenta, triste, o no le importaría?</p>	<p>CONTENTA..... 1</p> <p>TRISTE..... 2</p> <p>NO LE IMPORTARIA..... 3</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
606	<p>VEA EN 312 SI ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE:</p> <p>SI ESTA USANDO METODO <input type="checkbox"/></p> <p>NO ESTA USANDO METODO O NO SE LE PREGUNTO 312 <input type="checkbox"/></p>		613
607	<p>¿Piensa usar un método para evitar embarazarse en los proximos doce meses?</p>	<p>SI..... 1 → 609</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
608	<p>¿Piensa usar en algún momento en el futuro un método para evitar quedar embarazada?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 610</p> <p>NO SABE..... 8 → 610</p>	

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
609	¿Cuál método preferiría utilizar? _____ (ANOTE TEXTUALMENTE Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE)	PILDORA/PASTILLAS..... 01 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)..... 02 PRESERVATIVO (CONDON)..... 03 INYECCIONES (DEPO PROVERA)..... 04 NORPLANT (IMPLANTES) 05 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO/CALEND/BILLINGS/ASBTINENCIA PER.. 09 RETIRO..... 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA..... 98	
609A	PASE A 613		
610	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método? _____ _____ (ANOTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE)	NO ESTA CASADA O UNIDA..... 11 → 612 SEXO INFRECIENTE..... 23 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 24 SUBFERTIL/INFERTIL..... 25 POSTPARTO/LACTANCIA..... 26 DESEA MAS HIJOS(AS)..... 27 OPOSICION DE ELLA..... 31 OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 32 OPOSICION DE PARTE DE OTROS..... 33 POR RAZONES RELIGIOSAS..... 34 NO CONOCE METODO..... 41 NO CONOCE FUENTE..... 42 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 51 MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 LEJANIA..... 53 MUY COSTOSO..... 54 INCONVENIENTE PARA USAR..... 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO..... 56 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
611	PASE A 613		
612	¿Utilizaría un método si estuviese casada o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																		
613	<p>VEA EN 216 SI TIENE O NO HIJOS(AS) VIVOS:</p> <p>SIN HIJOS(AS) VIVOS <input type="checkbox"/> TIENE HIJOS(AS) VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA</p>	<p>NUMERO..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA _____ 96 → 615 (ESPECIFIQUE)</p>																			
614	<p>¿Cuántos le gustaría que fuesen hombres, cuántas que fuesen mujeres y para cuántos no le importaría?</p>	<p>HOMBRES</p> <p>NUMERO DE HOMBRES..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>MUJERES</p> <p>NUMERO DE MUJERES..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>CUALQUIERA</p> <p>NUMERO DE CUALQUIER SEXO..... <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>																			
615	<p>¿En general, está usted de acuerdo con que las parejas usen métodos de Planificación familiar o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?</p>	<p>ESTA DE ACUERDO..... 1</p> <p>NO ESTA DE ACUERDO..... 2 → 617</p> <p>SIN OPINION..... 3 → 617</p>																			
616	<p>¿Usted ha recomendado alguna vez la planificación familiar a una amiga, familiar, u otra persona?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																			
617	<p>¿Es aceptable para usted que se transmita por la RADIO información sobre planificación familiar?</p> <p>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita.....)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																			
617A	<p>¿Es aceptable para usted que se transmita por la TELEVISION información sobre planificación familiar?</p> <p>(¿Está usted de acuerdo en que se transmita...)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																			
618	<p>¿En los últimos 6 meses, usted ha oído o leído sobre planificación familiar:</p> <p>En la radio?</p> <p>En la televisión?</p> <p>En un periódico o revista?</p> <p>En un afiche?</p> <p>En un folleto?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERIODICO O REVISTA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFICHE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FOLLETOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	PERIODICO O REVISTA.....	1	2	AFICHE.....	1	2	FOLLETOS.....	1	2	
	SI	NO																			
RADIO.....	1	2																			
TELEVISION.....	1	2																			
PERIODICO O REVISTA.....	1	2																			
AFICHE.....	1	2																			
FOLLETOS.....	1	2																			
630	<p>¿En los últimos 6 meses, usted ha conversado sobre la práctica de la planificación familiar con alguno de sus familiares, amigas o amigos?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 632</p>																			

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
631	<p>¿Con quién ha conversado?</p> <p>INDAGUE:</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... A</p> <p>MADRE..... B</p> <p>PADRE..... C</p> <p>HERMANA(S)..... D</p> <p>HERMANO(S)..... E</p> <p>HIJA/HIJO..... F</p> <p>SUEGRA..... G</p> <p>AMIGAS..... H</p> <p>OTRA PERSONA..... X (ESPECIFIQUE)</p>	
632	<p>¿Cree usted que la mayoría, algunas, o ninguna de las mujeres que conoce utilizan alguna forma de planificación familiar?</p>	<p>LA MAYORIA..... 1</p> <p>ALGUNAS..... 2</p> <p>NINGUNA..... 3</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
633	<p>VEA EN 502 SI ESTA ACTUALMENTE CASADA O UNIDA:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>NO ESTA CASADA NI VIVE EN UNION <input type="checkbox"/></p>		701
634	<p>Es sabido que las parejas no siempre están de acuerdo en todo.</p> <p>¿Cree usted que su esposo (compañero) está de acuerdo con que las parejas usen un método para evitar o demorar un embarazo?</p>	<p>ESTA DE ACUERDO... .. 1</p> <p>NO ESTA DE ACUERDO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
634A	<p>¿Con qué frecuencia usted y su esposo (compañero) hablaron de la planificación familiar en los últimos 12 meses?</p>	<p>NUNCA HAN HABLADO..... 1</p> <p>UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2</p> <p>MUY A MENUDO..... 3</p>	
635	<p>¿Ha conversado alguna vez con su esposo (compañero) acerca del número de hijos(as) que les gustaría tener?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
636	<p>¿Cree usted que su esposo (compañero) quiere el MISMO número de hijos(as) que usted quiere,</p> <p>MAS de los que usted quiere,</p> <p>o MENOS de los que usted quiere?</p>	<p>MISMO NUMERO DE HIJOS(AS)..... 1</p> <p>MAS HIJOS(AS)..... 2</p> <p>MENOS HIJOS(AS)..... 3</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL MARIDO, RESIDENCIA Y TRABAJO DE LA MUJER

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
701	<p>VEA EN 502 Y 503 SI LA MUJER ESTA O ESTUVO CASADA O UNIDA:</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> ESTUVO CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NUNCA HA ESTADO CASADA NI EN UNION <input type="checkbox"/></p>		702 708
701A	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo (compañero)?	EDAD.....	
702	<p>VEA EN 701 SI ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION:</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Asistió su esposo (compañero) alguna vez a la escuela? ¿Asistió su último esposo (compañero) alguna vez a la escuela?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO..... 2</p>	705
704	<p>¿Cuál es el último curso y nivel de instrucción alcanzado por él?</p> <p>CODIGOS PARA CURSO</p> <p>0 NINGUNO 1 PRIMERO 2 SEGUNDO 3 TERCERO 4 CUARTO 5 QUINTO 6 SEXTO 7 SEPTIMO 8 OCTAVO 9 EGRESADO/TITULADO</p>	<p>CIRCULE NIVEL</p> <p>NINGUNO..... 0</p> <p>PRIMARIA..... 1</p> <p>SECUNDARIA..... 2</p> <p>BASICO..... 3</p> <p>INTERMEDIO..... 4</p> <p>MEDIO..... 5</p> <p>SUPERIOR..... 6</p> <p>OTRO 7 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>ANOTE CURSO</p>
705	<p>VEA EN 701 SI ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION:</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es el trabajo o la ocupación principal de su esposo (compañero)? ¿Cuál era el trabajo o la ocupación principal de su último esposo (compañero)?</p>	<p>C</p>	
706	<p>VEA EN 705 SI TRABAJA O NO EN LA AGRICULTURA:</p> <p>TRABAJA (TRABAJABA) EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA (TRABAJABA) EN LA AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p>		708
707	<p>VEA 702 SI ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION:</p> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Trabaja su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabaja en la tierra de alguien más? ¿Trabajaba su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabajaba en la tierra de alguien más?</p>	<p>TIERRA PROPIA..... 1</p> <p>TIERRA DE LA FAMILIA..... 2</p> <p>TIERRA ALQUILADA..... 3</p> <p>TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4</p>	
708	¿Además de las labores domésticas, trabaja usted actualmente?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	711

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																		
709	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algún producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Realiza actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI 1 → 711 NO..... 2																																																			
710	¿Usted ha desempeñado algún trabajo en los últimos 12 meses?	SI..... 1 → 711A NO..... 2 → 805																																																			
711	¿Cuál es su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo tiene? (PASE A 712)	<div style="text-align: right;">C <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></div>																																																			
711A	¿Cuál fue su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo tenía?																																																				
712	VEA EN PREGUNTA ANTERIOR SI TRABAJA/TRABAJABA EN AGRICULTURA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> TRABAJA/TRABAJABA EN LA AGRICULTURA <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NO TRABAJA NI TRABAJABA EN LA AGRICULTURA <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>		714																																																		
713	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja o trabajaba usted en tierra propia o de su familia, en tierra alquilada, o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4																																																			
714	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja o trabajaba usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA ALGUIEN MAS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																																			
715	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja o trabajaba usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 → 717 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 → 719																																																			
716	¿En el último año (12 meses), durante cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																			
717	¿En los meses que trabajó, aproximadamente cuántos días a la semana desempeñó dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → 720																																																			
719	Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																			
720	¿Gana o ganaba dinero por ese trabajo? SONDEE: ¿Recibe o recibió dinero a cambio del trabajo que realiza o realizaba?	SI..... 1 NO..... 2 → 723																																																			
721	¿En un día (semana, mes) normal, cuánto gana o ganaba por dicho trabajo?	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> POR HORA..... 1 POR DIA..... 2 POR SEMANA..... 3 POR MES..... 4 POR AÑO..... 5 OTRO..... 9 </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> ↓ (ESPECIFIQUE) </div>																																																			

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
722	<p>VEA 702 SI ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sólo, su esposo(com- pañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?</p> </div> </div>	<p>LA ENTREVISTADA DECIDE..... 1</p> <p>ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE..... 2</p> <p>ALGUIEN MAS DECIDE..... 3</p> <p>JUNTO CON ESPOSO\COMPAÑERO..... 4</p> <p>JUNTO CON ALGUIEN MAS..... 5</p>	
723	¿Realiza o realizaba usted su trabajo más reciente (y/o actual) en la casa, o fuera de la casa?	<p>EN LA CASA..... 1</p> <p>FUERA DE LA CASA..... 2</p>	
724	<p>VEA EN 217 Y 218 SI TIENE HIJOS(AS) DE 5 AÑOS O MENORES VIVIENDO EN CASA:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>SI TIENE HIJOS(AS) DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO TIENE HIJOS(AS) DE 5 AÑOS O MENOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		805
725	¿Generalmente, quién cuida de (NOMBRE DEL MENOR) mientras usted trabaja?	<p>ELLA MISMA..... 01</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 02</p> <p>HIJA(S) MAYOR (ES)..... 03</p> <p>HIJO(S) MAYOR (ES)..... 04</p> <p>OTROS FAMILIARES..... 05</p> <p>VECINOS..... 06</p> <p>AMIGOS..... 07</p> <p>SIRVIENTE/EMPLEADO DOMESTICO 08</p> <p>NIÑO ESTA EN LA ESCUELA/KINDER 09</p> <p>GUARDERIA INFANTIL..... 10</p> <p>NO TRABAJA DESDE QUE NACIO EL NIÑO..... 11</p> <p>OTRO 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	

SECCIÓN 8 SIDA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
805	¿Ud. ha oído hablar de una enfermedad llamada SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	SI..... 1 NO..... 2	819
806	¿De qué fuentes de información se ha enterado usted sobre el SIDA? INDAGUE: ¿Otras fuentes de información? CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS FUENTES MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO..... K ESPECIFIQUE	
807	¿Hay algo que pueda hacer una persona para protegerse contra el SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	811
808	¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA? INDAGUE: ¿Que otra cosa puede hacer? CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PRACTICAR SEXO SEGURO..... A ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDONES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA).... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR INYECCIONES..... H EVITAR BESARSE..... I EVITAR PICADURAS DE ZANCUDOS..... J VISITAR AL CURANDERO..... K OTRO..... W ESPECIFIQUE OTRO..... X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
809	VEA EN 808 SI MENCIONO CODIGO "A": MENCIONO 'PRACTICAR SEXO SEGURO' <input type="checkbox"/> NO MENCIONO 'PRACTICAR SEXO SEGURO' <input type="checkbox"/>		811
810	¿Qué significa para usted "practicar sexo seguro"? CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS RESPUESTAS DADAS	ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDONES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA).... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
811	¿Es posible que una persona que parece completamente saludable padezca del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
812	¿Usted cree que el SIDA es curable?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8					
813	¿Cree usted que la gente que tiene SIDA, muere SIEMPRE a causa de esa enfermedad, a VECES muere, o CASI NUNCA muere?	MUERE SIEMPRE A CAUSA DE SIDA..... 1 A VECES (RARA VEZ) MUERE..... 2 CASI NUNCA (NO NECESARIAMENTE) MUERE..... 3 NO SABE..... 8					
814	¿Cree que los riesgos de USTED para contraer el SIDA son PEQUEÑOS, MODERADOS, GRANDES, o que NO hay riesgos?	RIESGO PEQUEÑO..... 1 RIESGO MODERADO..... 2 RIESGO GRANDE..... 3 NO HAY RIESGO..... 4 NO SABE..... 8					
816	VEA EN 515 SI HA TENIDO RELACIONES: HA TENIDO RELACIONES <input type="checkbox"/> NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 819				
817	¿Desde que usted oyó hablar del SIDA, ha cambiado su comportamiento sexual para protegerse contra el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 819 NO SABE..... 8 → 819					
818	¿Qué ha hecho? INDAGUE: ¿Que otra cosa ha hecho? CIRCULE LOS CODIGOS DE TODAS LAS RESPUESTAS DADAS	DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C SE HA LIMITADO A TENER UNA SOLA PAREJA... D OTRO _____ X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z					
819	ANOTE LA HORA	HORA MINUTOS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

SECCION 9. SAL YODADA, PESO Y TALLA

901	¿Qué tipo de sal utilizó ayer para cocinar? HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL UTILIZADA AYER PARA COCINAR	SAL EN BOLSAS CON SELLO.... 1 SAL EN BOLSAS SIN SELLO.... 2 SAL EN BLOQUE..... 3 SAL GRANULADA..... 4 NINGUNA SAL..... 0 OTRA 6 (ESPECIFIQUE)	901A EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES: POSITIVO (COLOR MORADO) 1 NEGATIVO (NO CAMBIA DE COLOR) 2		
901B	SI LA MUJER HA TENIDO UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993: UNO O MAS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1993 <input type="checkbox"/> 1001				
901C	ENCUESTADORA: EN 902 (COL. 2-4), ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1993 Y QUE AUN ESTE VIVO. EN 903 Y 904 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993. EN 906 Y 908 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993 DEBEN SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TODOS LOS HIJOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993, UTILICE HOJAS ADICIONALES).				
No.		1 ENTREVISTADA	2 HIJO MENOR VIVO	3 PENULTIMO HIJO VIVO	4 ANTEPENULTIMO HIJO VIVO
902	NUMERO DE ORDEN PREGUNTA 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903	NOMBRE DE P. 212 PARA NIÑOS	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
904	FECHA DE NACIMIENTO: -DE LA PREGUNTA 215 PARA NIÑOS.	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9
905	CICATRIZ DE BCG EN EL HOMBRO DERECHO.	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2
906	ALTURA/TALLA (en centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
907	SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑO(A): - ACOSTADO(A), o - PARADO(A)	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2
908	PESO (en kilogramos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9	DIA..... MES..... AÑO.... 1 9
910	RESULTADO	MEDIDA 1 NO PRESENTE 3 RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)
911	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA MEDICION:		NOMBRE DEL ASISTENTE		

SECCION 10. ANEMIA

1001	VERIFIQUE EL CUESTIONARIO DEL HOGAR: EL HOGAR FUE SELECCIONADO PARA LA PRUEBA DE ANEMIA/CUESTIONARIO DE VARONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → TERMINE			
1001A	ENTREVISTADORA:- INCLUYA A LA ENTREVISTADA, TENGA O NO NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993, EN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA. - ADENAS, PARA LAS QUE TIENEN NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1993, TOME LA MUESTRA DE ELLA Y DE SUS HIJOS. - EN 1102 (COLUMNAS 2-4) ANOTE EL NUMERO DE ORDEN DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO DE 1993 QUE AUN ESTE VIVO. - EN 1103 ANOTE EL NOMBRE DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS SUS HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1993 - EN 1104 ANOTE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA PARA LA ENTREVISTADA Y DE SUS HIJOS VIVOS. - SI HAY MAS DE 3 HIJOS VIVOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1993 USE UNA HOJA ADICIONAL				
		1	2	3	4
		ENTREVISTADA	ULTIMO NIÑO VIVO	PENULTIMO NIÑO VIVO	ANTERIOR AL PENULTIMO NIÑO VIVO
1002	N° DE ORDEN DE P212	[] []	[] []	[] []	[] []
1003	NOMBRE (PARA LOS NIÑOS DE P212)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
1004	NIVEL DE HEMOGLOBINA	[] [] GR/DL	[] [] GR/DL	[] [] GR/DL	[] [] GR/DL
1005	RESULTADO	MEDIDA..... 1 NO PRESENTE..... 3 REHUSO..... 4 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	NIÑO MEDIDO..... 1 NIÑO ENFERMO..... 2 NIÑO NO PRESENTE. 3 NIÑO REHUSO..... 4 MADRE REHUSO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)
1006	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA PRUEBA	[] []	NOMBRE DE LA ASISTENTE [] []		

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(para completarse después de terminar la entrevista)

Comentarios sobre la Entrevista _____

Comentarios sobre Preguntas Específicas _____

Otro Tipo de Comentarios _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora _____ Fecha _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO
