

De: _____

NOMBRE DE LA ENCUESTADORA

CUESTIONARIO
INDIVIDUAL

ASOCIACION
HONDUREÑA
DE PLANIFICACION
DE FAMILIA

**ENCUESTA
NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGIA
Y
SALUD
FAMILIAR
1991**

MINISTERIO DE
SALUD PUBLICA

CUESTIONARIO INDIVIDUAL
CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____

NUMERO DE SECTOR: _____

NUMERO DEL CUESTIONARIO: _____

NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: _____

NOMBRE DE LA ENCUESTADORA: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

RESULTADO DE LA ENTREVISTA:

1. Realizada
2. Mujer ausente
3. Rechazo por la entrevistada o sus familiares
8. Otro _____

101. Cuántos años cumplidos tiene Usted? _____

102. En que fecha nació Usted? (Verifique con documento)

_____ / _____ / _____
Día Mes Año

103.Cuál fue el grado o año más alto que usted aprobó en la escuela, colegio o universidad? (Encierre con un círculo el último grado).

- | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 1. Primaria | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2. Secundaria | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 3. Universidad/superior | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 o más |

Anote el código correspondiente: _____

104. Realiza o hace usted algún trabajo o actividad por el cual recibe pago en dinero o en otra forma ?

1. Si
2. No -----> PASE A 107

105. Este trabajo lo realiza:

1. En casa
2. Fuera de casa
3. Ambas situaciones

106. Que clase de trabajo realiza?

_____ (_ _)

107. Cuál es su estado civil?

1. Casada
2. Unida
3. Divorciada
4. Viuda
5. Separada
6. Soltera

108. Cuántas veces ha estado unida o casada? (~~incluyendo la vez actual~~)

109. Durante los últimos 5 años cuántas veces ha sido vacunada contra el tétanos (vacuna que se pone en el brazo)?

0. 0 -----> PASE A 201 (Pag. 3)
1. 1
2. 2 ó más
9. No sabe/No recuerda

110. En que fecha le aplicaron la última (o única) dosis?

_____/_____/_____
Día Mes Año

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Ahora hablaremos sobre todos los hijos que Usted ha tenido en su vida.

201. Ha tenido algún hijo que nació vivo?

1. Si
2. No-----> PASE A 206

202. Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido en total?

Hijos nacidos vivos ___ ___

203. Cuántos hijos viven con usted en esta casa?

Hijos en casa ___ ___ 00 = Ninguno

204. Cuántos de sus hijos viven en otra parte?

Hijos en otra parte ___ ___ 00 = Ninguno

205. Cuántos de sus hijos que nacieron vivos se le murieron después (Se incluye algún hijo o hija que nació vivo(a) y murió solo minutos u horas después)

Hijos que han muerto ___ ___ 00 = Ninguno

SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 204 Y 205 Y ESCRIBA EL TOTAL: ___ ___
Y CONTRASTELO CON 202.

SOLO PARA VERIFICAR, USTED HA TENIDO EN TOTAL ___ ___ NACIDOS VIVOS EN SU VIDA? ESTO ES CORRECTO?

206. Ha tenido algún hijo que nació muerto?

1. Si
2. No

SI NO HA TENIDO ALGUN HIJO NACIDO VIVO O MUERTO-----> PASE A 501 (Pag. 15).

SI HA TENIDO UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS O MUERTOS, CONTI-
NUE:

207. En que fecha nació su último hijo nacido vivo o muerto?

_____/_____/_____
Día Mes Año

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO O MUERTO DE LA ENTREVISTADA NACIO DESDE EL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986. SI ES ASI, CONTINUE. SI NO PASE A 501. (Pag. 15).

ENCUESTADORA: A CONTINUACION PREGUNTE SOBRE TODOS LOS HIJOS NACIDOS DE LA ENTREVISTADA TANTO VIVOS COMO MUERTOS QUE HAYAN NACIDO DESDE EL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986. COMIENZE CON EL ULTIMO Y AL FINALIZAR LAS PREGUNTAS PARA ESTE, VERIFIQUE SI EL ANTERIOR (SI HAY) NACIO EN EL PERIODO DE REFERENCIA Y ASI SUCESIVAMENTE.

CODIFICADORA: ANOTE EL NUMERO TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y MUERTOS QUE HA TENIDO LA ENTREVISTADA A PARTIR DEL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986 HASTA LA FECHA DE LA ENTREVISTA.

PREGUNTAS	HIJOS TENIDOS DESDE 1o. DE SEPTIEMBRE DE 1986				
	ULTIMO HIJO		1	PENULTIMO HIJO	
NOMBRE	_____			_____	
Tipo de Producto	208	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto ->PASE A 9. No sabe ----->214		1. Nacido vivo 2. Nacido muerto-> PASE A 9. No sabe -----> 214	
Sexo del niño	209	1. Masculino 2. Femenino		1. Masculino 2. Femenino	
En que día, mes y año nació?	210	___ / ___ / ___ Día Mes Año		___ / ___ / ___ Día Mes Año	
Está vivo?	211	1. Si ----->PASE A 218 2. No----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218		1. Si----->PASE A 218 2. No----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218	
En que día, mes y año murió? PIDA EL DOCUMENTO DE REGISTRO DE LA DEFUNCION DEL NIÑO	212	___ / ___ / ___ Día Mes Año		___ / ___ / ___ Día Mes Año	
Cuál era la edad en meses cuando murió? ESCRIBA EN DIAS SI MENOS DE 1 MES; EN MESES PARA EL RESTO. SI CONTESTA 1 AÑO (12 MESES) PREGUNTE SI LO HABIA CUMPLIDO	213	Días _____ Meses _____ PASE A 218		Días _____ Meses _____ PASE A 218	
Sexo del niño	214	1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe		1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	
En que día, mes y año nació?	215	___ / ___ / ___ Día Mes Año		___ / ___ / ___ Día Mes Año	
De cuántos meses nació?	216	Meses _____		Meses _____	
Dió señales de vida?	217	1. Si 2. No 9. No sabe		1. Si 2. No 9. No sabe	
No. de orden del nacido vivo.	218	1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Ante penúltimo nacido vivo 4. Ante ante penúltimo nacido vivo 5. Nacido muerto/No sabe PASE AL SIGUIENTE HIJO SI LO HAY. SI NO, PASE A 301 (Pag.7)		1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Ante penúltimo nacido vivo 4. Ante ante penúltimo nacido vivo 5. Nacido muerto/No sabe	

PREGUNTAS	HIJOS TENIDOS DESDE 1o. DE SEPTIEMBRE DE 1986		
	ANTEPENULTIMO HIJO	3	CUARTO HIJO
NOMBRE	_____		_____
Tipo de Producto	208	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto ->PASE A 9. No sabe ----->214	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto-> PASE A 9. No sabe -----> 214
Sexo del niño	209	1. Masculino 2. Femenino	1. Masculino 2. Femenino
En que día, mes y año nació?	210	___/___/___ Día Mes Año	___/___/___ Día Mes Año
Está vivo?	211	1. Si ----->PASE A 218 2. No----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218	1. Si----->PASE A 218 2. No----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218
En que día, mes y año murió? PARA EL DOCUMENTO DE REGISTRO DE LA DEFUNCIÓN DEL NIÑO	212	___/___/___ Mes Año	___/___/___ Día Mes Año
Cuál era la edad en meses cuando murió? ESCRIBA EN DIAS SI MENOS DE 1 MES; EN MESES PARA EL RESTO. SI CONTESTA 1 AÑO (12 MESES) PREGUNTE SI LO HABÍA CUMPLIDO	213	Días: _____ Meses: _____ PASE A 218	Días: _____ Meses: _____ PASE A 218
Sexo del niño	214	1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe
En que día, mes y año nació?	215	___/___/___ Día Mes Año	___/___/___ Día Mes Año
De cuántos meses nació?	216	Meses _____	Meses _____
Dio señales de vida?	217	1. Si 2. No 9. No sabe	1. Si 2. No 9. No sabe
No. de orden del nacido vivo.	218	1. Último nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Ante penúltimo nacido vivo 4. Ante ante penúltimo nacido vivo 5. Nacido muerto/No sabe PASE AL SIGUIENTE HIJO SI LO HAY. SI NO, PASE A 301 (Pag.7)	1. Último nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Ante penúltimo nacido vivo 4. Ante ante penúltimo nacido vivo 5. Nacido muerto/No sabe

ENCUESTADORA: IDENTIFIQUE EL ULTIMO NACIDO VIVO O MUERTO Y CONTINUE CON 301.

308. Durante el embarazo, la partera le indicó que Usted tenía que ir al Centro de Salud?

1. Si
2. No-----> PASE A
9. No sabe-----> 310

309. Le dijo que fuera al Centro de Salud para un control prenatal normal o porque tenía algún problema durante el embarazo?

1. Control prenatal normal
2. Por problema relacionado con el embarazo
8. Otro _____

310. Durante este último embarazo, tuvo? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Infección urinaria (mal de orín)	1	2	9
- Fiebre (calentura elevada)	1	2	9
- Convulsiones (ataques)	1	2	9
- Sangrado	1	2	9
- Hinchazón	1	2	9
- Presión alta	1	2	9

SI ESTE HA SIDO SU PRIMER EMBARAZO, PASE A 312

311. Durante los embarazos anteriores tuvo? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Aborto	1	2	9
- Algún niño que nació antes de tiempo	1	2	9

312. En general (no solamente durante el embarazo) ha padecido de...?

	SI	NO	NS/NR
- Presión alta	1	2	9
- Problemas del corazón	1	2	9
- Azucar en la sangre	1	2	9

313. Durante el embarazo le pusieron a usted una vacuna en el brazo (vacuna contra el tétanos)?

1. Si-----> Cuantas veces? ____
2. No
9. No sabe/No recuerda

314. En que lugar nació _____?
(Nombre del último nacido)

1. Con partera en casa o en casa de la partera
2. En casa sin médico, enfermera o partera---->PASE A
3. En casa con médico o enfermera ----->320 (Pag. 10)
4. Hospital del Ministerio de Salud Pública---->PASE
5. Hospital del Seguro Social----->
6. Hospital/médico/clínica privada-----> A
7. Centro de Salud (CESAMO, CESAR)----->
8. Otro _____----->319 (Pag. 10)

315. Durante el parto, la partera...? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Se lavó las manos	1	2	9
- Trató de componerle el niño	1	2	9
- Le puso una inyección para apurar parto	1	2	9
- Haló el cordón o la placenta	1	2	9
- Hirvió el equipo antes de cortar el ombligo	1	2	9
- Curó el ombligo con mercurio, yodo ó mertiolate	1	2	9

316. En que posición estuvo Usted en el momento de pujar?

1. Agachada (de rodillas, en cuclillas)
2. Acostada
3. Semisentada
4. Parada
5. Usó varias posiciones
8. Otra _____

317. Le pagó a la partera con dinero o en otra forma por la atención del parto?

1. Dinero
2. Dinero más otra forma de pago
3. Otra forma de pago-----> PASE A
4. No le pagó nada-----> 320 (Pag. 10)

318. Cuánto dinero le pagó?

Lps. ___ ___ ___ 999 = No sabe/No recuerda

ENCUESTADORA: PASE A 320

319. El nacimiento fue vaginal o por cesárea?

- 1. Vaginal
- 2. Cesárea

320. Después del parto? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Se le quedó adentro la placenta	1	2	9
- Tuvo hemorragia	1	2	9
- Le dió fiebre (calentura) alta	1	2	9
- Le salio flujo mal oliente por la parte	1	2	9

321. Visitó usted un servicio de salud/médico/partera para hacerse un control después del parto?

- 1. Si -----> A los cuántos días? ___ ___
- 2. No -----> **PASE A**
- 9. No sabe/No recuerda--> **323** 43 = 43 días o más

322. Donde se hizo este control?

- 1. Hospital del Ministerio de Salud Pública
- 2. Hospital del Seguro Social
- 3. Hospital/médico/clínica privado
- 4. CESAMO
- 5. CESAR
- 6. Partera
- 7. Partera mas centro de salud
- 8. Otro _____
- 9. No sabe/No recuerda

323. A los cuántos meses del nacimiento de _____ le vino la regla?
(Nombre último nacido vivo)

___ ___ meses 77 = No le ha venido todavía
99 = No recuerda

324. Después de cuantas semanas reinició sus relaciones sexuales?

___ ___ semanas

66 = No tiene marido

77 = Aun no ha comenzado

99 = No recuerda

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI ESTE NIÑO NACIO VIVO O MUERTO. SI NACIO VIVO CONTINUE. SI NACIO MUERTO, PASE A 501 (Pag. 15).

325. Después de nacer _____ (Nombre) lo/la llevó al médico o centro de salud?

1. Si

2. No -----> PASE A INSTRUCCIONES ANTES

9. No sabe/No recuerda-----> DE 401 (Pag. 12)

326. Cuántas semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?

___ Semanas (si menos de 1 mes)

___ Meses

8 = 8 o más meses

9 = No sabe/No recuerda

327. A donde lo/la llevó?

1. Hospital del Ministerio de Salud Pública

2. Hospital del Seguro Social

3. Hospital/médico/clínica privada

4. CESAMO

5. CESAR

8. Otro _____

9. No sabe/No recuerda

328. Porqué lo (la) llevó? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Estaba enfermo (a)	1	2	9
- Niño Sano (Control de Crecimiento y Desarrollo)	1	2	9
- Vacunas	1	2	9
- Otro _____	1	2	9

324. Después de cuantas semanas reinició sus relaciones sexuales?

- ___ ___ semanas
- 66 = No tiene marido
- 77 = Aun no ha comenzado
- 99 = No recuerda

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI ESTE NIÑO NACIO VIVO O MUERTO. SI NACIO VIVO CONTINUE. SI NACIO MUERTO, PASE A 501 (Pag. 15).

325. Después de nacer _____ (Nombre) lo/la llevó al médico o centro de salud?

- 1. Si
- 2. No -----> PASE A INSTRUCCIONES ANTES
- 9. No sabe/No recuerda-----> DE 401 (Pag. 12)

326. Cuántas semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?

- ___ Semanas (si menos de 1 mes)
- ___ Meses
- 8 = 8 o más meses 9 = No sabe/No recuerda

327. A donde lo/la llevó?

- 1. Hospital del Ministerio de Salud Pública
- 2. Hospital del Seguro Social
- 3. Hospital/médico/clínica privada
- 4. CESAMO
- 5. CESAR
- 8. Otro _____
- 9. No sabe/No recuerda

328. Porqué lo (la) llevó? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Estaba enfermo (a)	1	2	9
- Niño Sano (Control de Crecimiento y Desarrollo)	1	2	9
- Vacunas	1	2	9
- Otro _____	1	2	9

ALIMENTACION DEL NIÑO

ENCUESTADORA: SI EL ULTIMO NIÑO ESTA VIVO Y TIENE MENOS DE DOS AÑOS (0 A 23 MESES) CONTINUE. SI ESTA MUERTO O TIENE MAS DE 23 MESES (DOS AÑOS O MAS) PASE A 501. (Pag. 15)

APLICA ESTE MODULO AL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO DE LA ENTREVISTADA?

1. Si
2. No

401. Le dió pecho al niño (a)?

1. Si
2. No-----> PASE A 408 (Pag. 13)

402. Cuándo pegó al niño (a) por primera vez al pecho?

1. Al solo nacer (primeros 10 minutos) Nació: _____
2. 11 a 59 minutos después del parto (HORAS)
3. 1 a 8 horas después del parto
4. Después de 8 horas pero antes Pegó al Pecho: _____
de 24 horas (HORAS)
5. De 24 a 36 horas
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

403. Durante los primeros días a la madre le sale una leche amarilla o clara que algunos la llaman leche rala o primera leche. Le dió esta leche al niño?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

404. Cuándo le bajó la leche?

1. Antes de nacer el niño----->PASE A 406 (Pag. 13)
2. Primer día
3. Segundo día
4. Tercer día
5. Cuarto día o después
9. No sabe/No recuerda

405. Antes de que bajara la leche, le dió? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Agua sola	1	2	9
- Agua con otra sustancia (manzanilla, arroz, etc.)	1	2	9
- Otras leches	1	2	9
- Chupón	1	2	9
- Otro _____	1	2	9

406. Está dándole el pecho actualmente?

1. Si-----> PASE A 408
2. No

407. Cuántos meses tenía el niño cuando dejó de mamar?

_____ = 00 = Menos de un mes
 _____ = 99 = No sabe/No recuerda

408. Cuántas semanas o meses tenía el niño cuando empezó a darle...? (ESCRIBA EN SEMANAS SI LE EMPEZO A DAR ANTES DE CUMPLIR EL PRIMER MES DE EDAD)

6 - 66 = No le ha introducido todavía
 9 - 99 = No sabe/No recuerda

	SEMANAS	MESES
- Pura agua	_____	_____
- Otras leches	_____	_____
- Café y/o té	_____	_____
- Jugos	_____	_____
- Atoles/puré	_____	_____
- Sopa/consomé	_____	_____
- Comida sólida	_____	_____

409. Señora, ahora queremos saber que alimentos le dió al niño el día de ayer?

ALIMENTOS	LE DIO EL DIA DE AYER	
Queso/cuajada	1. Si	2. No
Huevo	1. Si	2. No
Carne	1. Si	2. No
Verduras (repollo, etc.)	1. Si	2. No
Frutas	1. Si	2. No
Frijoles	1. Si	2. No
Arroz	1. Si	2. No
Café/frescos de botella	1. Si	2. No
Raíces (papa, yuca, etc.)	1. Si	2. No
Tortilla/pan	1. Si	2. No
Plátano	1. Si	2. No
Agua sola	1. Si	2. No
Agua con hierbas/té	1. Si	2. No
Otras leches	1. Si	2. No
Mantequilla/otras grasas	1. Si	2. No
Leche materna	1. Si	2. No
Sopas (frijoles/carne/verduras/etc.)	1. Si	2. No

**CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE LITROSOL E INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS**

501. Ahora vamos a platicar acerca de la salud de los niños.

11. Tiene, hoy en casa, LITROSOL?

1. Si (PIDA QUE SE LO MUESTRE)
2. No, pero lo conoce-----> PASE A 13
3. No conoce el LITROSOL-----> PASE A 14

12. Dónde lo consiguió?

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de Salud/Hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

13. Me podría indicar como se prepara el LITROSOL? (PIDA A LA ENTREVISTADA LOS PASOS EN LA PREPARACION. NO LOS LEA)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Lavarse las manos	1	2
- Hervir el agua/agua limpia	1	2
- Enfriar el agua	1	2
- Medir exactamente un litro de agua limpia	1	2
- Disolver un sobre completo de LITROSOL	1	2
- Desecharlo después de 24 horas	1	2

14. Cuando un niño está enfermo del pecho, cómo sabe que se pone grave? (NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Tos	1	2
- Fiebre	1	2
- Fatiga/cansado	1	2
- Hervor/ruidos de pecho	1	2
- Dificultad para respirar	1	2
- Desgano/falta de apetito	1	2
- Oquido	1	2
- Irritable	1	2
- Flemas	1	2
- Dolor de garganta/ronquera	1	2
- Tiraje	1	2
- Otro _____	1	2

MORBILIDAD DE LOS NIÑOS

SEÑORA: AHORA NOS GUSTARIA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE SON SUYOS O QUE USTED ESTA CRIANDO PERSONALMENTE Y VIVEN AQUI.

502. Cuántos niños (as) menores de cinco años que viven aquí son suyos ó está criando personalmente?

Si no tiene niños (as) menores de cinco años, PASE A 601
(Pag. 41)

Cómo se llaman? (ESCRIBA EN ORDEN CONSECUTIVO, PARTIENDO DE MENOR A MAYOR EDAD)

NOMBRE	NUMERO DE ORDEN EN CUADRO DE NIÑOS EN CUESTIONARIO DE LA VIVENDA.
1. _____ (MENOR)	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____ (MAYOR)	_____

NIÑO No. 1

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NIÑOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: _____

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: _____
(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

503. Ha padecido _____ (Nombre del primer niño) de sarampión?
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
15. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del primer niño) diarrea en los últimos 15 días?
1. Si
 2. No -----> PASE A
 9. No Sabe/No Recuerda-----> 504 (Pag. 20)
16. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.
1. Si-----> PASE A 19 (Pag. 13)
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
17. Y ayer?
1. Si-----> PASE A 19 (Pag. 18)
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
18. Y anteayer?
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

19. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

_____ 99 = No sabe/No recuerda

20. Era con sangre?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

21. Tiene/tuvo?

	SI	NO
- Vómitos (vasca)	1	2
- Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

22. Usó algo para tratar esa diarrea?

1. Si
2. No ----->PASE A 25 (Pag. 19)

23. Que usó? (LEA LAS OPCIONES)

- | | | | |
|--------------------------|-------|---------------|---------------|
| - Litrosol | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Purgantes | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Sobada | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Pastillas | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Jarabes/
líquidos | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Inyeccio-
nes | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | |
| - Plantas
medicinales | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Otro | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | |

ENCUESTADORA: SI USÓ LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 25 (Pag. 19)

24. Donde consiguió el LITROSOL?

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

25. A quién o quienes consultó durante esa diarrea? (NO LEA OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardían de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
- Farmacia	1	2
- Puesto de venta de medicinas	1	2
- Pulpería	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital/clínica/médico privado	1	2
- Hospital/clínica del IHSS	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Otro _____	1	2

26. Dejó de darle el pecho a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

27. Le quitó algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. No habia introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

504. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

28. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre primer niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

1. Si
2. No -----> PASE A 505 (Pag. 21)

29. Presentó alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Respiración más rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
- Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
- Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
- Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
- Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
- Sibilancia (chiflido)	1	2	9
- Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
- Fiebre alta (calentura)	1	2	9
- Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
- Tos	1	2	9
- Dolor de garganta	1	2	9
- Dificultad para tragar	1	2	9
- Dolor de oído	1	2	9
- Supuración del oído (pus)	1	2	9

30. Durante esta gripe/tos ...? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Le limpió la nariz	1	2	9
- Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
- Le bajó la fiebre con paños húmedos	1	2	9
- Le dió más agua que de costumbre	1	2	9
- Le dió aceites/purgantes	1	2	9
- Le dió pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

31. Dejó de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

32. Le quitó algún alimento a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

33. A quién consultó para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardián de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista	1	2
- Farmacia	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Puesto de venta de medicina	1	2
- Pulpería/tienda	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital del IHSS	1	2
- Médico/hospital/clínica privada	1	2
- Otro _____	1	2

VACUNACIONES

505. SEÑORA: AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

34. Ha sido _____ vacunado alguna vez?
(NOMBRE DEL PRIMER NIÑO)

1. Si
2. No-----> PASE
9. No sabe/No recuerda-> A 37 (Pag. 22)

35. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

1. Si/lo mostró
2. Si/no lo mostró
3. No tiene

36. Número de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS Y FECHA DE ADMINISTRACION			TOTAL
	1	2	3	
Polio	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___
DPT	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___
Sarampión	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___		___
BCG	___ / ___ / ___			___

8 o más

No sabe/No recuerda

37. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

1. Si
2. No-----> PASE AL SEGUNDO NIÑO
3. No se ha fijado-----> SI LO HAY. (Pag. 23)
4. Está muy chiquito --> SI NO,
9. No sabe/No recuerda-> PASE A 601 (Pag. 41)

38. Que problema?

_____ (___)
 _____ (___)

PASE AL SEGUNDO NIÑO SI LO HAY. SI NO, PASE A 601 (Pag. 41)

NIÑO No. 2

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NIÑOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: _____

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: _____
(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

506. Ha padecido _____ (Nombre del segundo niño) de sarampión?
1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda
39. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del segundo niño) diarrea en los últimos 15 días?
1. Si
2. No -----> PASE A
9. No Sabe/No Recuerda-----> 507 (Pag. 26)
40. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.
1. Si-----> PASE A 43
2. No
9. No sabe/No recuerda
41. Y ayer?
1. Si-----> PASE A 43
2. No
9. No sabe/No recuerda
42. Y anteayer?
1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda
43. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

- 99 = No sabe/No recuerda

44. Era con sangre?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

45. Tiene/tuvo?

	SI	NO
- Vómitos (Vasca)	1	2
- Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

46. Usó algo para tratar esa diarrea?

1. Si
2. No ----->PASE A 49 (Pag. 25)

47. Que usó? (LEA LAS OPCIONES)

- | | | | |
|--------------------------|-------|---------------|---------------|
| - Litrosol | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Purgantes | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Sobada | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Pastillas | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Jarabes/
líquidos | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Inyeccio-
nes | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | |
| - Plantas
medicinales | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Otro | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | |

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 49 (Pag. 25)

48. Donde consiguió el LITROSOL?

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

49. A quién o quienes consultó durante esa diarrea? (NO LEA OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardían de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
- Farmacia	1	2
- Puesto de venta de medicinas	1	2
- Pulpería	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital/clínica/médico privado	1	2
- Hospital/clínica del IHSS	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Otro _____	1	2

50. Dejó de darle el pecho a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

51. Le quitó algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. No habia introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

507. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

52. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre segundo niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

1. Si
2. No -----> **PASE A 508 (Pag. 27)**

53. Presentó alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
- Respiración mas rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
- Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
- Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
- Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
- Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
- Sibilancia (chiflido)	1	2	9
- Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
- Fiebre alta	1	2	9
- Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
- Tos	1	2	9
- Dolor de garganta	1	2	9
- Dificultad para tragar	1	2	9
- Dolor de oído	1	2	9
- Supuración del oído (pus)	1	2	9

54. Durante esta gripe/tos ...? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
- Le limpió la nariz	1	2	9
- Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
- Le bajó la fiebre con paños húmedos	1	2	9
- Le dió más agua que de costumbre	1	2	9
- Le dió aceites/purgantes	1	2	9
- Le dió pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

55. Dejó de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

56. Dejó de darle algún alimento a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

57. A quién consultó para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardián de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista	1	2
- Farmacia	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Puesto de venta de medicina	1	2
- Pulpería/tienda	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital del IHSS	1	2
- Médico/hospital/clínica privada	1	2
- Otro _____	1	2

VACUNACIONES

508. SEÑORA: AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

58. Ha sido _____ vacunado alguna vez?
(Nombre del segundo niño)

1. Si
2. No-----> PASE A
9. No sabe/No recuerda-> 61 (Pag. 28)

59. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

1. Si/lo mostró
2. Si/no lo mostró
3. No tiene

60. Número de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS Y FECHA DE ADMINISTRACION			TOTAL
	1	2	3	
a. Polio	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__
b. DPT	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__
c. Sarampión	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __		__
d. BCG	__ __/__ __/__ __			__

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

61. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

1. Si
2. No-----> PASE AL TERCER NIÑO
3. No se ha fijado-----> SI LO HAY. (Pag. 29)
4. Está muy chiquito----> SI NO,
9. No sabe/No recuerda--> PASE A 601 (Pag. 41)

62. Que problema?

_____ (____)

_____ (____)

PASE AL TERCER NIÑO SI LO HAY. SI NO, PASE A 601 (Pag. 41)

NIÑO No. 3

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NIÑOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: _____

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: _____
(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

509. Ha padecido _____ (Nombre del tercer niño) de sarampión?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

63. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del tercer niño) diarrea en los últimos 15 días?

1. Si
2. No -----> PASE A
9. No Sabe/No Recuerda-----> 510 (Pag. 32)

64. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.

1. Si-----> PASE A 67
2. No
9. No sabe/No recuerda

65. Y ayer?

1. Si-----> PASE A 67
2. No
9. No sabe/No recuerda

66. Y anteayer?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

67. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

_____ = No sabe/No recuerda

68. Era con sangre?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

69. Tiene/tuvo?

	SI	NO
- Vómitos (Vasca)	1	2
- Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

70. Usó algo para tratar esa diarrea?

1. Si
2. No ----->PASE A 73 (PAG. 31)

71. Que usó? (LEA LAS OPCIONES)

- | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| - Litrosol | 1. Si | | | |
| | 2. No | | | |
| - Purgantes | 1. Si | | | |
| | 2. No | | | |
| - Sobada | 1. Si | | | |
| | 2. No | | | |
| - Pastillas | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Jarabes/
líquidos | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Inyeccio-
nes | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) | |
| - Plantas
medicinales | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| - Otro | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) | |
| | 2. No | _____ (_ _) | _____ (_ _) | |

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 73 (Pag. 31)

72. Donde consiguió el LITROSOL?

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

73. A quién o quienes consultó durante esa diarrea? (NO LEA OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardían de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
- Farmacia	1	2
- Puesto de venta de medicinas	1	2
- Pulpería	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital/clínica/médico privado	1	2
- Hospital/clínica del IHSS	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Otro _____	1	2

74. Dejó de darle el pecho a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

75. Le quitó algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. No habia introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

510. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

76. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre del tercer niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

1. Si
2. No -----> **PASE A 511 (Pag. 33)**

77. Presentó alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
- Respiración mas rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
- Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
- Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
- Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
- Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
- Sibilancia (chiflido)	1	2	9
- Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
- Fiebre alta	1	2	9
- Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
- Tos	1	2	9
- Dolor de garganta	1	2	9
- Dificultad para tragar	1	2	9
- Dolor de oído	1	2	9
- Supuración del oído (pus)	1	2	9

78. Durante esta gripe/tos ...? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
- Le limpió la nariz	1	2	9
- Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
- Le bajó la fiebre con paños húmedos	1	2	9
- Le dió más agua que de costumbre	1	2	9
- Le dió aceites/purgantes	1	2	9
- Le dió pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

79. Dejó de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

80. Le quitó algún alimento a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

81. A quién consultó para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardián de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista	1	2
- Farmacia	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Puesto de venta de medicina	1	2
- Pulpería/tienda	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital del IHSS	1	2
- Médico/hospital/clínica privada	1	2
- Otro _____	1	2

VACUNACIONES

511. **SEÑORA:** AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

82. Ha sido _____ vacunado alguna vez?
(Nombre del tercer niño)

1. Si
2. No-----> PASE A
9. No sabe/No recuerda-> 85 (Pag. 34)

83. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

1. Si/lo mostró
2. Si/no lo mostró
3. No tiene

84. Número de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS Y FECHA DE ADMINISTRACION			TOTAL
	1	2	3	
a. Polio	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__
b. DPT	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __	__
c. Sarampión	__ __/__ __/__ __	__ __/__ __/__ __		__
d. BCG	__ __/__ __/__ __			__

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

85. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

1. Si
2. No-----> PASE AL CUARTO NIÑO SI HAY.
3. No se ha fijado-----> SI LO HAY.
4. Está muy chiquito----> SI NO,
9. No sabe/No recuerda-> PASE A 601. (Pag. 41)

86. Que problema?

_____ ()
 _____ ()

PASE AL CUARTO NIÑO SI LO HAY. SI NO, PASE A 601. (Pag. 41)

NIÑO No. 4

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NIÑOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: _____

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: _____
(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

512. Ha padecido _____ (Nombre del cuarto niño) de sarampión?
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
1. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del cuarto niño) diarrea en los últimos 15 días?
1. Si
 2. No -----> PASE A
 9. No Sabe/No Recuerda-----> 513 (Pag. 38)
2. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.
1. Si-----> PASE A 5
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
3. Y ayer?
1. Si-----> PASE A 5
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
4. Y anteayer?
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda
5. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?
- ____ = No sabe/No recuerda

6. Era con sangre?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

7. Tiene/tuvo?

	SI	NO
- Vómitos (Vasca)	1	2
- Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

8. Usó algo para tratar esa diarrea?

1. Si
2. No ----->PASE A 11 (Pag. 37)

9. Que usó? (LEA LAS OPCIONES)

- | | | | |
|--------------------------|-------|---------------|---------------|
| - Litrosol | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Purgantes | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Sobada | 1. Si | | |
| | 2. No | | |
| - Pastillas | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | | |
| - Jarabes/
líquidos | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | | |
| - Inyeccio-
nes | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | | _____ (_ _) | |
| | 2. No | | |
| - Plantas
medicinales | 1. Si | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | | _____ (_ _) | _____ (_ _) |
| | 2. No | | |
| - Otro | 1. Si | _____ (_ _) | |
| | | _____ (_ _) | |
| | 2. No | | |

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 11 (Pag. 37)

10. Donde consiguió el LITROSOL?

1. Distribuidor comunitario
 2. Centro de salud/hospital del estado
 3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
 4. Durante la campaña de vacunación
 8. Otro
 9. No sabe/No recuerda
-

11. A quién o quienes consultó durante esa diarrea? (NO LEA OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardían de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
- Farmacia	1	2
- Puesto de venta de medicinas	1	2
- Pulpería	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital/clínica/médico privado	1	2
- Hospital/clínica del IHSS	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Otro	1	2

12. Dejó de darle el pecho a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

13. Le quitó algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. No habia introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

513. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

14 . En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre cuarto niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

1. Si
2. No -----> PASE A 514 (Pag. 39)

15 . Presentó alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Respiración mas rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
- Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
- Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
- Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
- Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
- Sibilancia (chiflido)	1	2	9
- Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
- Fiebre alta	1	2	9
- Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
- Tos	1	2	9
- Dolor de garganta	1	2	9
- Dificultad para tragar	1	2	9
- Dolor de oído	1	2	9
- Supuración del oído (pus)	1	2	9

16 . Durante esta gripe/tos ...? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Le limpió la nariz	1	2	9
- Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
- Le bajó la fiebre con paños húmedos	1	2	9
- Le dió más agua que de costumbre	1	2	9
- Le dió aceites/purgantes	1	2	9
- Le dió pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

17 . Dejó de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

18. Le quitó algún alimento a causa de esta gripe/tos?

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

19. A quién consultó para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Ella misma	1	2
- Partera	1	2
- Guardián de Salud	1	2
- Curandero/inyeccionista	1	2
- Farmacia	1	2
- Familiar/vecino	1	2
- Puesto de venta de medicina	1	2
- Pulpería/tienda	1	2
- CESAMO	1	2
- CESAR	1	2
- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
- Hospital del IHSS	1	2
- Médico/hospital/clínica privada	1	2
- Otro _____	1	2

VACUNACIONES

514. SEÑORA: AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

20. Ha sido _____ vacunado alguna vez?
(Nombre del cuarto niño)

1. Si
2. No----->PASE A
9. No sabe/No recuerda-> 23 (Pag. 40)

21. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

1. Si/lo mostró
2. Si/no lo mostró
3. No tiene

22. Número de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS Y FECHA DE ADMINISTRACION			TOTAL
	1	2	3	
a. Polio	__ / __ / __	__ / __ / __	__ / __ / __	__
b. DPT	__ / __ / __	__ / __ / __	__ / __ / __	__
c. Sarampión	__ / __ / __	__ / __ / __		__
d. BCG	__ / __ / __			__

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

23. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

1. Si
2. No-----| PASE
3. No se ha fijado-----|
4. Está muy chiquito----| A
9. No sabe/No recuerda--| 601 (Pag. 41)

24. Que problema?

_____ ()

_____ ()

INTENCIONES DE EMBARAZO

AHORA QUEREMOS HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU SALUD COMO MUJER

601. A que edad tuvo su primera relación sexual?

____ años

77 = No ha tenido

99 = No sabe/no recuerda

602. ENCUESTADORA: Hay otra persona adulta presente en este momento?

1. Si
2. No

ENCUESTADORA: SI LA RESPUESTA EN 601 ES 77 PASE A 607. (Pag.42)

603. Está embarazada actualmente?

1. Si-----> PASE A 605
2. No
9. No sabe

604. Ha estado embarazada antes?

1. Si
2. No-----> PASE A
9. No sabe/No recuerda-----> 607 (Pag. 42)

605. El último embarazo (o el actual) ocurrió porque usted lo deseaba?

1. Si -----> PASE A 607 (Pag. 42)
2. No
9. No sabe/No recuerda

606. Usted no deseaba ese embarazo porque no quería tener (más) hijos, ó porque deseaba que pasara mas tiempo antes de tenerlo?

1. No deseaba otro (un) hijo
2. Deseaba otro (un) hijo más tarde
9. No sabe/no recuerda

607. Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener (más hijos)?

1. Tener uno (otro) hijo
2. No tener otro hijo
9. No Sabe/No recuerda

608. En su opinión, cuantos hijos debe tener una familia ideal?

___ ___ hijos

77 = Los que Dios mande

99 = No sabe/No recuerda

609. Cuánto tiempo cree usted que es apropiado para esperar entre tener un hijo y otro?

___ ___ Años ___ ___ Meses

77 - 77 = Lo que pase

99 - 99 = No sabe

PLANIFICACION FAMILIAR/ESPACIAMIENTO DEL EMBARAZO

Algunas mujeres cuando no desean quedar embarazadas usan métodos anticonceptivos o de planificación familiar para evitar los embarazos. Le voy a preguntar si conoce o ha oído hablar acerca de esos métodos y si ha usado.

Usted ha oído hablar acerca de:	701 Ha Oído?	702 Ha Usado?	703 Lo ha usado en los últimos 30 días	
Pastilla (Píldora)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	Marca _____ (____) Lps. _____ Cents. _____ Costo por paquete
DIU (anillo, dispositivo)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	Costo _____ (Lps)
La operación femenina (esterilización)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	Costo _____ Lps Se la hizo en: mes _____ 19 _____ en hospitalización del parto?
				1. Si----->
				Parto: 1 Normal 2 Cesárea
				2. No
La operación masculina (vasectomía)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	Costo _____ Lps
Condón (Preservativo)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	Marca _____ (____) Lps. _____ Cents. _____ Costo por unidad
Inyección	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	
Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	
Ritmo (calendario) (cuando una pareja evita tener relaciones sexuales durante los días en los cuales la mujer puede quedar embarazada)	1 Si 2 No	3 Si 4 No	5 Si 6 No	

Retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar, escupir afuera.)

1 Si	3 Si	5 Si
2 No	4 No	6 No

Otro _____

1 Si	3 Si	5 Si
2 No	4 No	6 No

ENCUESTADORA: CLASIFIQUE A LA ENTREVISTADA EN BASE A LAS RESPUESTAS SOBRE EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Si la mujer nunca ha usado un método, clasifique "nunca usó"

Si ella ha usado un método, pero actualmente no usa ninguno, clasifíquela "usuaria anterior".

Si ella usa actualmente un método, clasifíquela "usuaria actual".

704. Su clasificación:

1. Nunca usó -----> PASE A 801 (Pag. 49)
2. Usuaria anterior ----> PASE A 712 (Pag. 47)
3. Usuaria actual -----> Continúe si usa la pastilla.
Si usa otro método, pase a 708.
(Pag. 45)

AHORA ME GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA PASTILLA QUE ESTA USANDO: ENSEÑEME POR FAVOR EL CICLO (PAQUETE DE PASTILLAS) QUE ESTA TOMANDO.

ENCUESTADORA: CUENTE Y ANOTE EL NUMERO TOTAL DE ESPACIOS DEL PAQUETE (CON Y SIN LA PASTILLA). ENCIERRE CON CIRCULO EL CODIGO CORRECTO.

705. Tipo de paquete

1. 21 espacios (días)
2. 28 espacios (días)
3. No pudo enseñar el paquete
8. Otro _____

706. Después de terminar su último paquete de pastillas, cuándo empezó este paquete?

1. Un día después que terminó la menstruación
2. Cinco días después que empezó la menstruación
3. Un día después que terminó el primer paquete
4. Siete días después de terminar el último paquete
5. Es el primer paquete
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

707. Que debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla?

1. Tomar dos pastillas el día siguiente
2. Usar otro método hasta iniciar el nuevo ciclo
3. Esperar la menstruación y seguir el uso con ciclo nuevo
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

708. Donde consiguió usted (o su compañero) el (la) _____
(método)?

00. No corresponde (usa/usó ritmo, retiro, etc)-> **PASE A INSTRUCCIONES ANTES DE 710 (Pag. 46)**
01. Hospital del Ministerio de Salud
02. Hospital del IHSS
03. Hospital/clínica/médico privado
04. CESAMO
05. CESAR
06. Partera
07. Farmacia
08. Puesto de venta de medicinas
09. Pulpería
10. Clínica de ASHONPLAFA
11. Distribuidora comunitaria o puesto de planificación familiar (ASHONPLAFA)
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

712. Cual fue el último método que usó?

1. Pastilla
2. DIU (anillo, dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
6. Ritmo
7. Retiro
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

713. Cuál fue la razón principal de haberlo dejado?

01. Falló el método
02. Preocupación de salud
03. Sintió efectos colaterales
04. Costo muy alto
05. Inconveniente de usar
06. Lugar de obtención inconveniente
07. Deseaba cambiar método
08. Sexo infrecuente
09. Oposición del marido/compañero
10. Deseaba embarazarse
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

714. Cuantos hijos tenía cuando empezó a usar algún método para no embarazarse (00 = No tenía hijos cuando empezó)

___ ___ hijos

715. Cuál método recomendaría Usted a las mujeres que nunca han usado algún método?

01. Pastilla
02. DIU (anillo, dispositivo)
03. Esterilización femenina
04. Esterilización masculina (vasectomía)
05. Condón
06. Inyección
07. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
08. Ritmo
09. Retiro
77. No recomendaría
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI LA ENTREVISTADA HA OIDO HABLAR DE LAS PASTILLAS (VER 701). SI HA OIDO, CONTINUE. SI NO, PASE A INSTRUCCIONES ANTES DE 717.

716. Si Usted tuviera que recomendar una marca de pastillas a una amiga, cual o cuales marcas recomendaría? (NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- No conoce marca	1	2
- Nordette	1	2
- Microgynon	1	2
- Perla	1	2
- Lofemenal	1	2
- Triquilar	1	2
- Neogynon	1	2
- Norminest	1	2
- Eugynon	1	2
- Ovral	1	2
- Noriday	1	2
- Otro _____	1	2
- Ninguna	1	2

ENCUESTADORA: VERIFIQUE QUE LA ENCUESTADA HA OIDO HABLAR DEL CONDON (VER 701). SI HA OIDO, CONTINUE. SI NO, PASE A INSTRUCCIONES ANTES DE 801.

717. Si ud tuviera que recomendar una marca de condón a una amiga, cual o cuales recomendaría? Mencione todas las marcas que Ud. recomendaría (NO LEA LAS OPCIONES).

	MENCIONO	NO MENCIONO
- No conoce marca	1	2
- Sultán	1	2
- Rough Rider	1	2
- Guardián	1	2
- Stimula	1	2
- Prime	1	2
- Innotex	1	2
- Otro _____	1	2
- Ninguna	1	2

DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ENTREVISTADORA: SI LA ENTREVISTADA ES USUARIA ANTERIOR O NUNCA USO (VER 704), CONTINUE.

SI LA ENTREVISTADA ES USUARIA ACTUAL Y NO ESTA ESTERILIZADA, PASE A 901. (Pag. 51)

SI LA ENTREVISTADA ESTA ESTERILIZADA, PASE A 905. (Pag. 52)

SI SU MARIDO/COMPAÑERO ESTA ESTERILIZADO (VER 703), PASE A 1001. (Pag. 53)

801. Si usted quisiera, podría quedar embarazada?

1. Actualmente embarazada -----> PASE A 804 (Pag. 50)
(VERIFIQUE CON 603)
2. Podría quedar embarazada-----> PASE A 803
3. No podría
9. No sabe

802. Por qué no podría quedar embarazada?

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Menopausia ----- | PASE |
| 2. Histerectomía (le quitaron la matriz)----- | |
| 3. Hace 3 o más años que no usa un método-----
y no queda embarazada----- | A
1001 (Pag.53) |
| 4. No tiene vida sexual----- | |
| 5. Está actualmente amamantando o post-parto
(después del parto)----- | PASE A
804 (Pag.50) |
| 8. Otro _____ | |

803. Porque no usa un método anticonceptivo?

01. No sabe mucho de anticoncepción
02. Es virgen (VERIFIQUE CON 601)/no tiene relaciones sexuales/sexo infrecuente
03. Desea embarazarse
04. No se consigue fácilmente
05. Muy caro
06. Traen efectos colaterales/problemas de salud
07. Razones religiosas/morales
08. Recomendación médica
09. Marido no le gusta
10. Disminuye satisfacción
11. Tiene miedo de los métodos
88. Otro _____
99. No sabe

804. Piensa usted usar en el futuro un método para evitar el embarazo?

- | | | |
|----|---------------|---------------|
| 1. | Si | |
| 2. | No ----- | PASE A |
| 9. | No sabe ----- | 901 (Pag. 51) |

805. Que método preferiría usar?

- | | | |
|-----|---------------------------------------|-----------------------|
| 01. | Pastilla | |
| 02. | DIU (anillo, dispositivo) | |
| 03. | Esterilización femenina ----- | > PASE A 902 (Pag.51) |
| 04. | Esterilización masculina (vasectomía) | |
| 05. | Condón | |
| 06. | Inyección | |
| 07. | Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos | |
| 08. | Ritmo----- | > PASE A |
| 09. | Retiro ----- | > 901 (Pag.51) |
| 88. | Otro _____ | > CONTINUE |
| 99. | No sabe ----- | > PASE A 901 (Pag.51) |

806. A donde iría usted para obtener (hacerse) el método?

- | | |
|-----|---|
| 01. | Hospital del Ministerio de Salud |
| 02. | Hospital del Seguro Social |
| 03. | Hospital/clínica/médico privado |
| 04. | CESAMO |
| 05. | CESAR |
| 06. | Partera |
| 07. | Farmacia |
| 08. | Puesto de venta de medicinas |
| 09. | Pulpería |
| 10. | Clínica de ASHONPLAFA |
| 11. | Distribuidora comunitaria o puesto de planificación familiar (ASHONPLAFA) |
| 88. | Otro _____ |
| 99. | No sabe/No recuerda |

INTERES EN ESTERILIZACION

901. Tendría usted ahora o en el futuro interés en la operación para no tener mas hijos?

1. Si
2. No-----> PASE A 904
9. No sabe-----> PASE A 1001 (Pag. 53)

902. A qué lugar iría usted para obtener información sobre la operación?

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del Seguro Social
3. Hospital/clínica/médico privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Clínica de ASHONPLAFA
7. Distribuidora comunitaria (ASHONPLAFA)
8. Otro _____
9. No sabe

903. A qué edad le gustaría esterilizarse?

___ años 98 = enseguida 99 = No sabe

ENCUESTADORA: PASE A 1001 (Pag. 53)

904. Por que no está interesada en la operación?

01. Tiene miedo
02. Por razones religiosas
03. Produce daños a la salud
04. No la necesita
05. No tiene vida sexual
06. Desea tener mas hijos
07. Prefiere usar otro método
08. No está de acuerdo
09. Falta de información
10. Puede arrepentirse después
11. Oposición del marido
12. Por su edad
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

ENTREVISTADORA: PASE A 1001 (Pag. 53)

905. Cual fue la razón principal por la cual usted decidió operarse?

1. Salud
2. Recomendación médica
3. Razones económicas
4. Efectos colaterales de otros anticonceptivos
5. Falla de otros métodos anticonceptivos
6. Efecto adverso del último embarazo/parto
7. No deseaba más hijos
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

906. Desde que se hizo la operación (esterilización), se ha arrepentido de haberse operado?

1. Arrepentida
2. No arrepentida -----> PASE A 908

907. Por qué?

1. Desea tener mas hijos
2. Problemas de salud posteriores
3. Religión/sentido de culpabilidad
4. Cónyuge no contento
8. Otro _____
9. No sabe

908. La presionó alguien para que se operara?

1. Si
2. No-----> PASE A 1001 (Pag. 53)

909. Quién?

1. Médico
2. Enfermera
3. Trabajador de Planificación Familiar
4. Marido
5. Amigo (a)
8. Otro _____

COMUNICACION

1001. Ha oído o ha leído algún mensaje público sobre la planificación familiar durante el último mes?

1. Si
 2. No -----> PASE A 1101 (Pag. 54)

1002. Donde leyó o escuchó el mensaje? (NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- Radio	1	2
- Televisión	1	2
- Periódico	1	2
- Afiche/rótulo	1	2
- Valla publicitaria	1	2
- Personal de salud	1	2
- Consejo de amiga/familiar	1	2
- Otro _____	1	2

CONOCIMIENTO DEL SIDA

1101. Ha oído hablar del SIDA?

1. Si
2. No -----PASE A 1104 (Pag. 55)

1102. Cómo piensa Usted que se pasa o contagia el SIDA? (LEA LAS OPCIONES)

	SI	NO	NS/NR
- Relaciones sexuales entre un hombre y una mujer	1	2	9
- Relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones con otros hombres	1	2	9
- Relaciones sexuales con prostitutas	1	2	9
- Relaciones sexuales con hombres promiscuos o sea mujeriegos	1	2	9
- A través de los servicios sanitarios	1	2	9
- Besándose	1	2	9
- Dándose la mano	1	2	9
- Transfusiones de sangre	1	2	9
- Inyecciones	1	2	9
- De la madre infectada al niño	1	2	9
- Otro _____	1	2	9

1103. Como se puede evitar el SIDA? (NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
- No tener relaciones sexuales	1	2
- Usar condones	1	2
- Tener un solo compañero	1	2
- No salir con prostitutas	1	2
- No tener relaciones con hombres mujeriegos	1	2
- No tener relaciones por el ano	1	2
- No tener relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones con otros hombres	1	2
- No tener relaciones sexuales con desconocidos	1	2
- Otro _____	1	2

1104. Cuál es su religión?

1. Católica
2. Protestante
3. No tiene-----> **TERMINE LA ENTREVISTA**
8. Otra _____

1105. Usted cómo se considera? (LEA LAS OPCIONES)

1. Muy religiosa
2. Religiosa
3. Poco religiosa
4. Nada religiosa

**AGRADEZCALE A LA ENTREVISTADA POR SU COLABORACION Y
TERMINE LA ENTREVISTA.**

F I N