

INEC	ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDESA 2001 CUESTIONARIO DE MUJERES	CONFIDENCIAL <small>La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos</small>
-------------	--	---

I. IDENTIFICACIÓN	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
<p>CONGLOMERADO ENDESA</p> <p>NÚMERO DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO</p> <p>DEPARTAMENTO</p> <p>MUNICIPIO</p> <p>DISTRITO</p> <p>SEGMENTO CENSAL</p> <p>BARRIO, LOCALIDAD O COMARCA _____</p> <p>DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA _____</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____</p> <p>NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER _____</p>																																									
		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																							

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA				DÍA MES AÑO CÓDIGO ENTREV. RESULTADO
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				2 0 0 1
RESULTADO				NÚMERO TOTAL DE VISITAS
PRÓXIMA VISITA: FECHA				
HORA				

CÓDIGOS DE RESULTADO:

1. ENTREVISTA COMPLETA	5. RECHAZADA
2. AUSENTE	6. INCAPACITADA
3. APLAZADA	
4. RESPONDIDA PARCIALMENTE	7. OTRA _____
	(ESPECIFIQUE)

	SUPERVISORA	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE	_____	_____	_____	_____
FECHA	_____	_____	_____	_____

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital, en otra ciudad o pueblo, o en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)? MENOS DE 1 AÑO, REGISTRE "00" AÑOS	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 104B VISITANTE 96 → 104B	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿vivía en la capital, en otra ciudad o pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL 1 CIUDAD/PUEBLO..... 2 CAMPO..... 3 EN EL EXTRANJERO..... 4	
104A	¿En cuál departamento y municipio exactamente?	MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____ EN EL EXTRANJERO 2000 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104B	¿En cuál departamento y municipio nació usted?	MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____ EN EL EXTRANJERO 2000 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	¿En qué fecha nació Ud.? (Anote 98 si no sabe día o mes, insista con el año, si no sabe circule 9998)	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 99 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA INCONSISTENCIA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 111	
108	¿Cuál es el nivel educativo y grado o año más alto que aprobó?	NINGUNO..... 00 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRE-ESCOLAR..... 01 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EDUCACIÓN DE ADULTOS..... 02 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMARIA..... 03 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SECUNDARIA..... 04 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TÉCNICO BÁSICO..... 05 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TÉCNICO MEDIO..... 06 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MAESTRO/MAESTRA..... 07 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TÉCNICO SUPERIOR..... 08 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> UNIVERSITARIO..... 09 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POSTGRADO..... 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MAESTRÍA..... 11 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DOCTORADO..... 12 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EDUCACIÓN ESPECIAL..... 13 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
110	VERIFIQUE 108: PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> 108=00-03 ↓	SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> →	114
111	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA)	
112	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que enseñara a leer y escribir (sin incluir la escuela primaria)?	SI..... 1 NO..... 2	
113	VERIFIQUE 111: CÓDIGOS 2,3, 4 CIRCULADOS <input type="checkbox"/> ↓	CÓDIGO 1 CIRCULADO (NO SABE LEER) <input type="checkbox"/> →	115
114	¿Lee usted una revista o periódico casi todos los días, por lo menos una vez a la semana, menos de una vez, o nunca los lee?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ A LA SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4	
115	¿Escucha la radio casi todos los días, por lo menos una vez a la semana, menos de una vez por semana, o nunca la escucha?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ A LA SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4	
116	¿Mira televisión casi todos los días, por lo menos una vez a la semana, menos de una vez por semana, o nunca mira?	CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 POR LO MENOS UNA VEZ A LA SEMANA..... 2 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA..... 3 NUNCA..... 4	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿ Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	204
203	¿Cuántos hijos viven con usted? ¿Cuántas hijas viven con usted? SI DIJO NINGUNO EN ALGUN SEXO, ANOTE "00"	HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 →	206
205	¿Cuántos hijos no están viviendo con usted? ¿Cuántas hijas no están viviendo con usted? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 →	208
207	¿Cuántos hijos han muerto? ¿Cuántas hijas han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> →	INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO	
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> →	226

211

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos e hijas, estén vivos o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo. ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS EN 212 : LOS GEMELOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS. SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO GEMELOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.																									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221																
					SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ MUERTO																	
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué fecha nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	Vive (NOMBRE) en el hogar?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL NIÑO (REGISTRE '00' SI EL NIÑO NO ESTA LISTADO EN EL CUEST. DE HOGAR)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)																
01 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	
DIA																									
MES																									
AÑO																									
02 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
03 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
04 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
05 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
06 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
07 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									
08 _____ (NOMBRE)	SIMPLE..... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">DIA</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2">MES</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>			DIA				MES						AÑO				SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS _____	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA _____ ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 _____ MESES..... 2 _____ AÑOS..... 3 _____	SI..... 1 NO..... 2
DIA																									
MES																									
AÑO																									

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
					SI ESTA VIVO	SI ESTA VIVO	SI ESTA VIVO	SI ESTA MUERTO	
¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto múltiple o uno solo?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué fecha nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	Vive (NOMBRE) en el hogar?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL NIÑO (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO ESTA LISTADO EN EL CUEST. DE HOGAR)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
09 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA <input type="text"/> ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2
10 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA <input type="text"/> ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2
11 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA <input type="text"/> ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2
12 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 219	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA <input type="text"/> ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2
13 (NOMBRE)	SIMPLE... 1 MULT..... 2	H..... 1 M..... 2	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220	EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2	NÚMERO DE LINEA <input type="text"/> ↓ PASE A 221	DÍAS..... 1 <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> AÑOS..... 3 <input type="text"/>	SI..... 1 NO..... 2
222 ¿Ha tenido Ud. algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)?									SI..... 1
SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									NO..... 2
223 COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA									
223 A VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)									
223 B PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ES 12 MESES O 1 AÑO, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.								1. _____	2. _____
223 C ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.								<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
224 VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1996. SI ES NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 226.									
225 POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1996 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACION DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO (NOTA: EL NUMERO DE LETRAS 'E' SERA IGUAL A LA DURACION DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229 229
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... <input type="text"/>	
227A	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	237
230	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
231	VERIFIQUE 230 ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ EN ENERO DE 1996 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	ÚLTIMO EMBARAZO TERMINÓ ANTES DE ENERO DE 1996 <input type="checkbox"/>	237
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)?	MESES..... <input type="text"/>	
232A	ESCRIBA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	237
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACION PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 1996. PONGA "T" EN EL CALENDARIO EN EL MES DEL EMBARAZO TERMINADO Y "E" EN CADA MES DE LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235	¿Ha tenido Ud. otros embarazos que terminaron antes de 1996 en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	237
236	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
237	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> HISTERECTOMIZADA/MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996	
238	Entre una regla y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	301 301
239	Para Ud. ¿cuáles son esos días: antes que comience la regla, durante la regla, inmediatamente después de la regla o en la mitad del periodo? _____ ANOTE RESPUESTA TEXTUAL	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ (ESPECIFIQUE) 6 NO SABE..... 8	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo		
301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO, CASO CONTRARIO EL CODIGO 2 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.	SI NO	302 ¿Ha usado alguna vez la (el) (MÉTODO)?
01 ESTERILIZACIÓN FEMENINA Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas)	1 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02 ESTERILIZACIÓN MASCULINA Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía)	1 2	¿Ha tenido un esposo (compañero) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03 PÍLDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1 2	SI..... 1 NO..... 2
04 DIU El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un aparato (espiral, "T" de cobre).	1 2	SI..... 1 NO..... 2
05 INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1 2	SI..... 1 NO..... 2
06 IMPLANTES O NORPLANT Las mujeres pueden hacerse colocar por un doctor o enfermera, seis capsulas en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir embarazo por 5 años	1 2	SI..... 1 NO..... 2
07 PRESERVATIVO O CONDÓN Los hombres pueden usar una bolsita especial durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada	1 2	SI..... 1 NO..... 2
08 CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales	1 2	SI..... 1 NO..... 2
09 DIAFRAGMA Las mujeres pueden ponerse un disco flexible delgado en la vagina antes de la relación	1 2	SI..... 1 NO..... 2
10 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, o crema dentro de ellas antes de la relación.	1 2	SI..... 1 NO..... 2
11 MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras dé el pecho al niño frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	1 2	SI..... 1 NO..... 2
12 ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada	1 2	SI..... 1 NO..... 2
13 RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer	1 2	SI..... 1 NO..... 2
14 ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA La mujer puede tomar píldoras en los tres días siguientes a la relación para evitar el embarazo (píldora del siguiente día)	1 2	SI..... 1 NO..... 2
15 OTROS MÉTODOS Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo? (ESPECIFIQUE)	1 2	SI..... 1 NO..... 2
303 VERIFIQUE 302:	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> → PASE A 307 (NUNCA HA USADO) (HA USADO MÉTODO)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	¿Alguna vez Ud. o su pareja han usado algo o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	329
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301 SI ES NECESARIO)		
307	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando empezó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
308	VERIFIQUE 302 (01) MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		311A
309	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	226=2, 8 226=1	329
310	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	329
311	¿Qué método están usando ustedes? SI MENCIONA MAS DE UN METODO, SIGA EL PASE PARA EL DE MENOR ORDEN ALFABETICO, ES DECIR EL CODIGO QUE ESTE MAS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN..... E IMPLANTES O NORPLANT..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H DIAFRAGMA..... I ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... J AMENORREA POR LACTANCIA..... K ABSTINENCIA PERIÓDICA..... L RETIRO..... M OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	A → 313 B → 313 C → 312 G → 316A
311A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
312	¿Cuál es el nombre de las pastillas que usted está usando?	MICROGYNON..... 01 OVRETTE..... 02 TRIQUILAR..... 03 NEOGYNON..... 04 LOFEMENAL..... 05 TRINORDIOL..... 06 DUOFEN..... 07 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	316A
313	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? ¿En qué sitio? SI MARCO HOSPITAL, POLICLÍNICA, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98	
314	VERIFIQUE 311 SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/> ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podría tener (más) hijos a causa de esta operación? ¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su marido/compañero que no podría tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
315	¿Está usted satisfecha de haberse hecho esterilizar (que su marido se haya hecho esterilizar)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
315A	¿Recomendaría usted a otra mujer o a otro hombre, hacerse esterilizar? SI "SI", PREGUNTE: ¿A quien le recomendaría?	A OTRA MUJER..... 1 A OTRO HOMBRE..... 2 A AMBOS..... 3 A NINGUNO..... 4 NO SABE/NO CONTESTA..... 8	
316	¿En qué mes y año la(lo) operaron?	MES..... <input type="text"/>	
316A	¿Desde cuándo está usted usando (MÉTODO ACTUAL) sin parar?	AÑO..... <input type="text"/>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317A	VERIFIQUE 316 y 316A, FECHA CUANDO EMPEZÓ A USAR DESPUÉS DE ENERO DE 1996 <input type="checkbox"/> ANTES DE ENERO DE 1996 <input type="checkbox"/>		327
319	VERIFIQUE 311 Y 311A: CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE. SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.	NO SE HIZO LA PREGUNTA..... 00 → 329 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 322A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 331 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 DIAFRAGMA..... 09 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS..... 10 AMENORREA POR LACTANCIA..... 11 → 320A ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 12 → 321A RETIRO..... 13 → 321A OTRO: 96 → 321A (ESPECIFIQUE)	
320	¿En dónde obtuvo usted (MÉTODO ACTUAL), que está usando actualmente, la primera vez? SI MARCÓ HOSPITAL, POLICLÍNICA, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD/P. MÉDICO..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 → 321A AGENTE COMUNITARIO..... 16 → 321A SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... 25 SUPERMERCADO..... 26 FARMACIA..... 27 MERCADO..... 28 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 29 PROMOTORA DE IXCHEN..... 30 PROMOTORA DE SI MUJER..... 31 → 321A PROMOTORA DE ONG..... 32 PROMOTORA COMUNALES..... 33 PARTERA..... 34 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
320A	¿En dónde se enteró del método de amenorrea por lactancia?	SUPERMERCADO..... 26 FARMACIA..... 27 MERCADO..... 28 PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 29 PROMOTORA DE IXCHEN..... 30 PROMOTORA DE SI MUJER..... 31 → 321A PROMOTORA DE ONG..... 32 PROMOTORA COMUNALES..... 33 PARTERA..... 34 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
321	SI EL LUGAR EN 320 ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE: ¿En qué municipio y departamento se encuentra ese establecimiento?	_____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO [][][][]	
321A	VERIFIQUE 319 CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.	PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTES O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 328 CONDÓN FEMENINO..... 08 → 325 DIAFRAGMA..... 09 → 325 ESPUMA, JALEA, ÓVULOS..... 10 → 325 AMENORREA POR LACTANCIA..... 11 → 325	
322	Usted obtuvo (MÉTODO ACTUAL MENCIONADO EN 321) en (FUENTE MENCIONADA EN 320) ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o complicaciones que Ud. podría tener con ese método?	SI..... 1 → 324 NO..... 2 → 323	
322A	Usted fue esterilizada en (LUGAR MENCIONADO EN 313) ¿En ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o complicaciones que Ud. podría tener con ese método?	SI..... 1 → 324 NO..... 2	
323	¿Alguna vez le informó un trabajador de salud o de planificación familiar sobre los efectos secundarios del método?	SI..... 1 NO..... 2 → 325	
324	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios por uso del método?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
325	<p>VERIFIQUE 322:</p> <p>EL CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO</p> <p>EL CÓDIGO 1 NO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO</p> <p>Antes de empezar a usar el método ¿le hablaron en ese momento de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar?</p> <p>Cuando Ud. obtuvo el método actual, le hablaron de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>326A</p>
326	<p>Alguna vez algún trabajador de salud o de planificación familiar, ¿le habló acerca de otros métodos de planificación familiar que Ud. podría usar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>327</p>
326A	<p>¿De cuáles métodos le hablaron?</p> <p>¿Alguno más?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS</p>	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B</p> <p>PÍLDORA..... C</p> <p>DIU..... D</p> <p>INYECCIÓN..... E</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... F</p> <p>CONDÓN..... G</p> <p>CONDÓN FEMENINO..... H</p> <p>DIAFRAGMA..... I</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS..... J</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... K</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... L</p> <p>RETIRO..... M</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
326B	<p>¿Le hablaron a usted sola o a usted y su pareja?</p>	<p>ELLA SOLA 1</p> <p>CON SU PAREJA 2</p> <p>NO SE ACUERDA 8</p>	
327	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE.</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA.</p>	<p>NINGÚN MÉTODO MARCADO..... 00</p> <p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01</p> <p>ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02</p> <p>PÍLDORA..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INYECCIÓN..... 05</p> <p>IMPLANTES O NORPLANT..... 06</p> <p>CONDÓN 07</p> <p>CONDÓN FEMENINO..... 08</p> <p>DIAFRAGMA..... 09</p> <p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS..... 10</p> <p>AMENORREA POR LACTANCIA..... 11</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 12</p> <p>RETIRO..... 13</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p> <p>330B</p>
328	<p>¿Dónde obtuvo usted (MÉTODO ACTUAL), la última vez?</p> <p>SI MARCÓ HOSPITAL, POLICLÍNICA, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL..... 11</p> <p>POLICLÍNICA..... 12</p> <p>CENTRO DE SALUD..... 13</p> <p>PUESTO DE SALUD/P. MÉDICO..... 14</p> <p>SECTOR COMUNITARIO</p> <p>CASA BASE..... 15</p> <p>AGENTE COMUNITARIO..... 16</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20</p> <p>CLÍNICA DE IXCHEN..... 21</p> <p>CLÍNICA DE SI MUJER..... 22</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 23</p> <p>CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... 24</p> <p>EMPRESAS MÉDICAS PREVISIONALES..... 25</p> <p>SUPERMERCADO..... 26</p> <p>FARMACIA..... 27</p> <p>MERCADO..... 28</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA..... 29</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN..... 30</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER..... 31</p> <p>PROMOTORA DE ONG..... 32</p> <p>PROMOTORA COMUNALES..... 33</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	<p>328B</p> <p>328B</p> <p>328B</p>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
328A	<p>SI EL LUGAR EN 328 ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE:</p> <p>¿En qué municipio y departamento se encuentra ese establecimiento?</p>	<p>_____</p> <p>MUNICIPIO</p> <p>_____</p> <p>DEPARTAMENTO</p> <p>□ □ □ □</p>	
328B	<p>¿Cuánto tuvo que pagar por el método?</p>	<p>COSTO EN CORDOBAS..... □ □ □ □ → 330B</p> <p>NO SABE/ NO SE ACUERDA..... 99 98 → 330B</p>	
329	<p>¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 330B</p>	
330	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI MARCÓ HOSPITAL, POLICLÍNICA, CENTRO DE SALUD O CLÍNICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p> <p>¿Algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS MENCIONADOS</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL..... A</p> <p>POLICLÍNICA..... B</p> <p>CENTRO DE SALUD..... C</p> <p>PUESTO DE SALUD/P. MÉDICO..... D</p> <p>SECTOR COMUNITARIO</p> <p>CASA BASE..... E → 330B</p> <p>AGENTE COMUNITARIO..... F → 330B</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO..... H</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... I</p> <p>CLÍNICA DE IXCHEN..... J</p> <p>CLÍNICA DE SI MUJER..... K</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... L</p> <p>CONSULTORIO / MÉDICO PRIVADO..... M</p> <p>FARMACIA..... N</p> <p>EMPRESA MEDICA PREVISIONAL..... O</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA..... P</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN..... Q</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER..... R</p> <p>PROMOTORA DE ONG..... S → 330B</p> <p>PROMOTORA COMUNAL..... T</p> <p>PARTERA..... U</p> <p>OTRO: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
330A	<p>SI EL LUGAR EN 330 ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE:</p> <p>¿En qué municipio y departamento se encuentra ese establecimiento?</p>	<p>_____</p> <p>MUNICIPIO</p> <p>_____</p> <p>DEPARTAMENTO</p> <p>□ □ □ □</p>	
330B	<p>¿En los últimos 12 meses, le han hecho algún examen de Papanicolau?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 330E</p>	
330C	<p>¿Dónde le hicieron el último examen?</p> <p>SI MARCÓ HOSPITAL, POLICLÍNICA, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA PRIVADA, PREGUNTE EL NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL..... 11</p> <p>POLICLÍNICA..... 12</p> <p>CENTRO DE SALUD..... 13</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO..... 20</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 21</p> <p>CLÍNICA DE IXCHEN..... 22</p> <p>CLÍNICA DE SI MUJER..... 23</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 24</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO..... 25</p> <p>OTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
330D	<p>¿Supo el resultado del examen?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SE ACUERDA..... 8</p>	
330E	<p>¿En los últimos 12 meses le hicieron algún examen (con las manos o rayos x) de los pechos para ver si tenía algún tumor?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 331</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
330F	¿Qué tipo de examen le hicieron?	MAMOGRAFÍA/RAYOS X..... 1 TACTO/MANOS..... 2 AMBOS..... 3	
331	¿En los últimos 12 meses la ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
332	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud o la de sus hijos?	SI..... 1 NO..... 2	401
333	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1996 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1996 <input type="checkbox"/> → PASE A 487	
402	ANOTE EN EL CUADRO DEL NÚMERO DE LÍNEA, EL NOMBRE, Y EL ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1996. COMIENZE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS NACIDOS VIVOS. SI HAY MÁS DE DOS NACIDOS VIVOS, USE LA ÚLTIMA COLUMNA DE CUESTIONARIOS ADICIONALES PARA CADA UNO. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno.		
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1996 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN (ÚLTIMA LÍNEA LLENADA) <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN (PENÚLTIMA LÍNEA LLENADA) <input type="text"/>
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑO DESDE ENERO DE 1996. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA.	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← ESPERAR MÁS 2 <input type="checkbox"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← ESPERAR MÁS 2 <input type="checkbox"/> NO QUERÍA MÁS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ←
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 98
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? SI SI, ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO..... B ENFERMERA..... C COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SE CONTROLÓ..... Y <input type="checkbox"/> (PASE A 415) ←	
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 <input type="checkbox"/> (PASE A 409) ←	
408A	VERIFIQUE EN 408 A LOS CUANTOS MESES TUVO SU PRIMER CONTROL: PRIMER CONTROL DESPUÉS DE PRIMEROS 3 MESES DE EMBARAZO <input type="checkbox"/>		
408B	¿Por qué no hizo la consulta para el 1er. Control durante los primeros tres meses?	POR TRABAJO..... 01 LE QUEDA LEJOS..... 02 NO QUERÍA QUE SUPIERAN QUE ESTABA EMBARAZADA..... 03 NO LE GUSTA LA ATENCIÓN..... 04 NO TENÍA DINERO..... 05 NO SABÍA QUE ESTABA EMBARAZADA..... 06 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
409	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?	N° DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
410	VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 412)	
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
411A	¿Adónde le hicieron el último control prenatal? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 (PASE A 411C) ← SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EMPRESA MÉDICA PREVISION..... 24 CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... 25 PARTERA..... 26 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98 (PASE A 411C) ←	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO																									
		NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>																								
		NOMBRE _____		NOMBRE _____																									
411B	SI EL LUGAR EN 411A ES ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE: ¿En qué municipio y departamento se encuentra ese establecimiento?	_____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																											
411C	¿Cuánto tiempo le tomó llegar desde su casa? hasta el lugar de control?	MINUTOS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE /NO REC. 998																											
411D	¿Cuánto pagó por el transporte para llegar al lugar del control?	CÓRDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA 9 9 9 8																											
411E	¿Cuánto tuvo que pagar en total por el control, incluyendo algún medicamento que haya comprado y la consulta?	CÓRDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0 0 0 0 EL SEGURO PAGO..... 9 9 9 5 NO SABE/NO RECUERDA 9 9 9 8																											
412	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente: A. ¿La pesaron? B. ¿La midieron? C. ¿Le tomaron la presión arterial? D. ¿Le hicieron un examen de orina? E. ¿Le hicieron un examen de sangre? F. ¿Le midieron la barriga? G. ¿Le oyeron el corazón al bebé?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESARON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MIDIERON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXAMEN DE SANGRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BARRIGA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CORAZÓN DEL BEBÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>					SI	NO	PESARON.....	1	2	MIDIERON.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	EXAMEN DE ORINA.....	1	2	EXAMEN DE SANGRE.....	1	2	BARRIGA.....	1	2	CORAZÓN DEL BEBÉ.....	1	2
	SI	NO																											
PESARON.....	1	2																											
MIDIERON.....	1	2																											
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																											
EXAMEN DE ORINA.....	1	2																											
EXAMEN DE SANGRE.....	1	2																											
BARRIGA.....	1	2																											
CORAZÓN DEL BEBÉ.....	1	2																											
413	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 414A) ←																											
414	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO SE ACUERDA..... 8																											
414A	¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo de (NOMBRE), como una enfermedad o amenaza de aborto? ¿Qué más? ANOTE TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	DOLOR DE CABEZA, ZUMBIDO DE OÍDOS, INFLAMACIÓN DE MANOS O PIES, PRESIÓN ALTA..... A AMENAZA DE ABORTO/SANGRADO ANTES DEL 5TO. MES EMBARAZO..... B INFECCIÓN DE LOS RIÑONES/ ARDOR AL ORINAR Y FIEBRE..... C ANEMIA..... D ENFER. TRANSMISIÓN SEXUAL ETS, VIH/SIDA..... E DIABETES (AZÚCAR)..... F OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO TUVO..... Y																											
415	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ←																											
416	Durante ese embarazo ¿cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna?	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8																											
417	Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla, o recibió inyecciones de hierro o jarabe?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←																											
418	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuánto tiempo tomó hierro o recibió inyecciones?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998																											
419	Durante ese embarazo, ¿tuvo dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																											
420	Durante ese embarazo, ¿sufrió usted de problemas para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																											

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
423	Quando nació (NOMBRE), ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
424	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 426) ← NO SABE..... 8
425	¿Cuánto pesó (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTREN LA TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NO SABE..... 9998	GRAMOS DE LA TARJETA..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIBRAS SEGÚN RECUERDA..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NO SABE..... 9998
425A	¿Nació (NOMBRE) a tiempo o antes de tiempo, es decir fue prematuro, sietemesino u ochomesino?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 SE TARDÓ..... 3 NO SABE..... 8	A TIEMPO..... 1 PREMATURO..... 2 SE TARDÓ..... 3 NO SABE..... 8
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguién más? TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON	MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR/AMIGA..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO..... B ENFERMERA..... C SANITARIO..... D PROMOTOR DE SALUD..... E COMADRONA/PARTERA..... F FAMILIAR/AMIGA..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
427	¿Dónde dió usted a luz a (NOMBRE)? SI ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD..... 14 HOSPITAL PRIVADO..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 EN LA CASA..... 31 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD..... 14 HOSPITAL PRIVADO..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 EN LA CASA..... 31 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←
427A	SI EL LUGAR EN 427 ES ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE: ¿En qué municipio y departamento se encuentra ese establecimiento?	_____ MUNICIPIO _____ _____ DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
427B	¿Quién tomó la decisión de ir a ese lugar para la atención del parto?	ENTREVISTADA..... 1 MARIDO..... 2 MAMÁ..... 3 OTRA FAMILIAR / AMIGA..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
427C	¿Cuánto tardó en llegar de su casa al lugar del parto?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 9 8	
427D	¿Cuánto le costó el transporte de su casa a ese lugar?	CÓRDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA 9 9 9 8	
427E	¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó a ese lugar hasta que la atendieron?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
427F	¿Cuánto tiempo esperó desde que comenzaron los dolores hasta que la atendieron?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
427G	¿Cuánto fue el costo total del parto, incluyendo medicamentos, persona que atendió etc.? Si C\$9.997 o más escriba 9997	CORDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGO 0 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA. 9 9 9 8	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
428	(NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428B) ←
428A	En el momento o después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo usted: A. ¿Trabajo prolongado, es decir, contracciones fuertes y regulares, durante más de 12 horas? B. ¿Sangrado excesivo después del parto? C. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal? D. ¿Convulsiones no causadas por fiebre? E. ¿Inflamación de manos y pies?	SI NO LABOR PROLONGADA..... 1 2 SANGRADO EXCESIVO..... 1 2 FIEBRE ALTA CON SANGRADO VAGINAL CON MAL OLOR..... 1 2 CONVULSIONES..... 1 2 INFLAMACIÓN DE MANOS/PIES..... 1 2	
428B	¿Fue registrado el nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428D) ← NO SABE..... 8 (PASE A 428F) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 428D) ← NO SABE..... 8 (PASE A 428F) ←
428C	¿Puede usted mostrarme el certificado o partida que usted tiene para (NOMBRE)? ANOTE SI ES CERTIFICADO DEL MINSA, COLILLA O PARTIDA DE NACIMIENTO DEL REGISTRO CIVIL	CERTIFICADO MINSA 1 COLILLA REGISTRO CIVIL 2 PARTIDA DE NACIMIENTO 3 NO LO TIENE ELLA 4 NO LO MUESTRA 5 (PASE A 428F) ←	CERTIFICADO MINSA 1 COLILLA REGISTRO CIVIL 2 PARTIDA DE NACIMIENTO 3 NO LO TIENE ELLA 4 NO LO MUESTRA 5 (PASE A 428F) ←
428D	¿Por qué no fue registrado el nacimiento de (NOMBRE)?	NO SABE DONDE O COMO HACERLO..... 1 (PASE A 428F) ← NO ES IMPORTANTE/ NO LO NECESITA..... 2 LO HARÁ MAS TARDE 3 ES MUY CARO..... 4 NO SABE..... 8	NO SABE DONDE O COMO HACERLO..... 1 (PASE A 428F) ← NO ES IMPORTANTE/ NO LO NECESITA..... 2 LO HARÁ MAS TARDE 3 ES MUY CARO..... 4 NO SABE..... 8
428E	¿Sabe usted cómo hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
428F	VERIFIQUE 428: ¿NACIMIENTO POR CESÁREA?	SIN CESÁREA <input type="checkbox"/> CON CESÁREA <input type="checkbox"/> (PASE A 433)	SIN CESÁREA <input type="checkbox"/> CON CESÁREA <input type="checkbox"/> (PASE A 435)
429	¿Después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo algún control por parte de profesional de la salud o partera tradicional?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2
430	¿A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo lugar el primer control?	DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NAC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
431	¿Quién le hizo el control en ese momento? ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MÉDICO GENERAL..... A GINECÓLOGO..... B ENFERMERA..... C COMADRONA/PARTERA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
432	¿Dónde se controló la primera vez? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN FUE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EMPRESA MEDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... 25 PARTERA..... 26 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																																																																						
433	¿Dentro de las cuatro semanas siguientes al parto, recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2																																																																							
433A	¿Guarda usted aún su tarjeta de vacunaciones y su carnet perinatal, del embarazo de (NOMBRE)?	SÍ, VISTA..... 1 SÍ, NO VISTA..... 2 SIN TARJETA/CARNET..... 8 (PASE A 434) ←																																																																							
433B	¿Puede mostrármelas? COPIE DE LAS TARJETAS: - LAS VACUNAS (TT O DT) Y LAS FECHAS EN QUE SE PUSIERON - LA FECHA DEL 1ER. CONTROL PRENATAL -LA FECHA DEL ÚLTIMO CONTROL PRENATAL	<table border="1"> <tr><td>TT1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>TT2</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DT1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DT2</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>DT3</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>1ER. CPN</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>ULT. CPN</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	TT1										TT2										DT1										DT2										DT3										1ER. CPN										ULT. CPN										
TT1																																																																									
TT2																																																																									
DT1																																																																									
DT2																																																																									
DT3																																																																									
1ER. CPN																																																																									
ULT. CPN																																																																									
434	¿Le ha vuelto la regla después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2 (PASE A 437) ←																																																																							
435	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←																																																																						
436	¿ Por cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no le vino la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																																						
437	VERIFIQUE 226: ¿ENTREVISTADA EMBARAZADA?	<table border="1"> <tr><td>226=2</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>NO EMBARAZADA</td><td><input type="checkbox"/></td><td>EMBARAZADA O INSEGURA</td></tr> <tr><td></td><td>↓</td><td>↓</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>(PASE A 439)</td></tr> </table>	226=2			NO EMBARAZADA	<input type="checkbox"/>	EMBARAZADA O INSEGURA		↓	↓			(PASE A 439)																																																											
226=2																																																																									
NO EMBARAZADA	<input type="checkbox"/>	EMBARAZADA O INSEGURA																																																																							
	↓	↓																																																																							
		(PASE A 439)																																																																							
438	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←																																																																							
439	¿Por cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) Usted no tuvo relaciones sexuales?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																																																						
440	¿Le dió el pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 441) ← NO..... 2																																																																						
440A	¿Por qué no le dió el pecho a (NOMBRE)?	<table border="1"> <tr><td>MADRE ENFERMA/DEBIL.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>NIÑO (A) MURIO.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>NO TENÍA LECHE.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>MADRE TRABAJANDO.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>NIÑO RECHAZÓ.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....</td><td>08</td></tr> <tr><td>LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....</td><td>09</td></tr> <tr><td>LE HICIERON CESÁREA.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td>96</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </table>	MADRE ENFERMA/DEBIL.....	01	NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....	02	NIÑO (A) MURIO.....	03	PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....	04	NO TENÍA LECHE.....	05	MADRE TRABAJANDO.....	06	NIÑO RECHAZÓ.....	07	NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....	08	LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....	09	LE HICIERON CESÁREA.....	10	OTRO.....	96	(ESPECIFIQUE)		<table border="1"> <tr><td>MADRE ENFERMA/DEBIL.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>NIÑO (A) MURIO.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>NO TENÍA LECHE.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>MADRE TRABAJANDO.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>NIÑO RECHAZÓ.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....</td><td>08</td></tr> <tr><td>LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....</td><td>09</td></tr> <tr><td>LE HICIERON CESÁREA.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td>96</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </table>	MADRE ENFERMA/DEBIL.....	01	NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....	02	NIÑO (A) MURIO.....	03	PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....	04	NO TENÍA LECHE.....	05	MADRE TRABAJANDO.....	06	NIÑO RECHAZÓ.....	07	NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....	08	LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....	09	LE HICIERON CESÁREA.....	10	OTRO.....	96	(ESPECIFIQUE)																							
MADRE ENFERMA/DEBIL.....	01																																																																								
NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....	02																																																																								
NIÑO (A) MURIO.....	03																																																																								
PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....	04																																																																								
NO TENÍA LECHE.....	05																																																																								
MADRE TRABAJANDO.....	06																																																																								
NIÑO RECHAZÓ.....	07																																																																								
NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....	08																																																																								
LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....	09																																																																								
LE HICIERON CESÁREA.....	10																																																																								
OTRO.....	96																																																																								
(ESPECIFIQUE)																																																																									
MADRE ENFERMA/DEBIL.....	01																																																																								
NIÑO (A) ENFERMO/DEBIL.....	02																																																																								
NIÑO (A) MURIO.....	03																																																																								
PROBLEMAS PEZONES / PECHO.....	04																																																																								
NO TENÍA LECHE.....	05																																																																								
MADRE TRABAJANDO.....	06																																																																								
NIÑO RECHAZÓ.....	07																																																																								
NO QUISO / NO LE GUSTA DAR EL PECHO.....	08																																																																								
LE DIERON LECHE DE FÓRMULA.....	09																																																																								
LE HICIERON CESÁREA.....	10																																																																								
OTRO.....	96																																																																								
(ESPECIFIQUE)																																																																									
441	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																						
442	Durante los primeros tres días después de haber, dado a luz antes de que le comenzara a Ud. a salir la leche regularmente, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←																																																																						
443	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) antes de que a Ud. le comenzara a salir la leche regularmente? ¿Algo más? REGISTRE TODOS LOS LÍQUIDOS MENCIONADOS	<table border="1"> <tr><td>CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....</td><td>A</td></tr> <tr><td>AGUA SOLA.....</td><td>B</td></tr> <tr><td>DEXTROSA GLUCOSADA.....</td><td>C</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA.....</td><td>D</td></tr> <tr><td>JUGO DE FRUTA.....</td><td>E</td></tr> <tr><td>FÓRMULA PARA BEBÉS.....</td><td>F</td></tr> <tr><td>TÉ / INFUSIONES.....</td><td>G</td></tr> <tr><td>MIEL.....</td><td>H</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td>X</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </table>	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....	A	AGUA SOLA.....	B	DEXTROSA GLUCOSADA.....	C	AGUA AZUCARADA.....	D	JUGO DE FRUTA.....	E	FÓRMULA PARA BEBÉS.....	F	TÉ / INFUSIONES.....	G	MIEL.....	H	OTRO.....	X	(ESPECIFIQUE)		<table border="1"> <tr><td>CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....</td><td>A</td></tr> <tr><td>AGUA SOLA.....</td><td>B</td></tr> <tr><td>DEXTROSA GLUCOSADA.....</td><td>C</td></tr> <tr><td>AGUA AZUCARADA.....</td><td>D</td></tr> <tr><td>JUGO DE FRUTA.....</td><td>E</td></tr> <tr><td>FÓRMULA PARA BEBÉS.....</td><td>F</td></tr> <tr><td>TÉ / INFUSIONES.....</td><td>G</td></tr> <tr><td>MIEL.....</td><td>H</td></tr> <tr><td>OTRO.....</td><td>X</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </table>	CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....	A	AGUA SOLA.....	B	DEXTROSA GLUCOSADA.....	C	AGUA AZUCARADA.....	D	JUGO DE FRUTA.....	E	FÓRMULA PARA BEBÉS.....	F	TÉ / INFUSIONES.....	G	MIEL.....	H	OTRO.....	X	(ESPECIFIQUE)																															
CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....	A																																																																								
AGUA SOLA.....	B																																																																								
DEXTROSA GLUCOSADA.....	C																																																																								
AGUA AZUCARADA.....	D																																																																								
JUGO DE FRUTA.....	E																																																																								
FÓRMULA PARA BEBÉS.....	F																																																																								
TÉ / INFUSIONES.....	G																																																																								
MIEL.....	H																																																																								
OTRO.....	X																																																																								
(ESPECIFIQUE)																																																																									
CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA.....	A																																																																								
AGUA SOLA.....	B																																																																								
DEXTROSA GLUCOSADA.....	C																																																																								
AGUA AZUCARADA.....	D																																																																								
JUGO DE FRUTA.....	E																																																																								
FÓRMULA PARA BEBÉS.....	F																																																																								
TÉ / INFUSIONES.....	G																																																																								
MIEL.....	H																																																																								
OTRO.....	X																																																																								
(ESPECIFIQUE)																																																																									

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> NOMBRE _____
444	VERIFIQUE 404: ¿NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446)
445	¿Aún le está dando el pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 448)
446	¿Durante cuántos meses le dió usted el pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98
447	VERIFIQUE EN 444 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 454)	VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 EN ULTIMA COLUMNA DE NUEVO CUESTIONARIO; O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 454)
448	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
449	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer (6a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/>
450	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón diferente al pecho?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
451	¿Se agregó azúcar a alguno de los alimentos o líquidos que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
452	Ayer durante el día o la noche, ¿cuántas veces le dió a (NOMBRE) comidas sólidas o semisólidas distintas a líquidos? SI 7 VECES O MÁS, ESCRIBIR "7"	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
453		VAYA A 405 EN LA COLUMNA SIGUIENTE; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 454	VAYA A 405 EN LA ÚLTIMA COLUMNA DE NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 454

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

CUESTIONARIO ADICIONAL

454	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1996. HAGA LAS PREGUNTAS ACERCA DE CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO. (SI HAY MÁS DE DOS NACIMIENTOS UTILICE UN FORMULARIO ADICIONAL).		
455	VERIFIQUE NÚMERO DE ORDEN EN 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN (ÚLTIMA FILA LLENADA)	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN (PENÚLTIMA FILA LLENADA)
456	DE 212, ANOTE EL NOMBRE DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	NOMBRE VIVO MUERTO (PASE A 456 EN PRÓXIMA COLUMNA; O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484)	NOMBRE VIVO MUERTO (PASE A 456 EN ÚLTIMA COLUMNA DE NUEVO CUESTIONARIO; O SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484)
457	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A, en los últimos 6 meses? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←
457A	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de Hierro, en los últimos 6 meses? MOSTRAR FRASCO	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 458) ←
457B	¿Le dió reacción el hierro a (NOMBRE), como dolor de cabeza, dolor de estómago, vómitos, náuseas o diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
458	¿Tiene usted la tarjeta de atención integral, que también se le llama de vacunación (NOMBRE)? ¿Me permite verla por favor?	SI, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← SIN TARJETA..... 3	SI, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SI, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← SIN TARJETA..... 3
459	¿Tuvo usted alguna vez la tarjeta de atención integral o de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←
460	1) COPIE DE LA TARJETA, LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA Y DE VITAMINA A Y DE HIERRO. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍAS, SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE DIO UNA VACUNA O UNA DOSIS DE VITAMINA A O DE HIERRO, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA. BCG POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 PENTAVALENTE 1 PENTAVALENTE 2 PENTAVALENTE 3 SARAMPIÓN MMR VITAMINA A (ÚLTIMA DOSIS) HIERRO (ÚLTIMO FRASCO)	DÍA MES AÑO BCG P 1 P 2 P 3 D 1 D 2 D 3 P V 1 P V 2 P V 3 S MMR VIT. A Fe	DÍA MES AÑO BCG P 1 P 2 P 3 D 1 D 2 D 3 P V 1 P V 2 P V 3 S MMR VIT. A Fe
461	¿(NOMBRE) recibió vacunas que no estén registradas en esta tarjeta, incluyendo vacunas recibidas en jornadas nacionales de vacunación? MARQUE OPCIÓN "1" SOLAMENTE SI LA ENTREVISTADA MENCIONA BCG, POLIO 1-3, DPT 1-3, PENTAVALENTE 1-3, SARAMPIÓN Ó MMR	SI..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 460) (PASE A 463H) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463H) ←	SI, LAS OBLIGATORIAS..... 1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ANOTE "66" EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A DÍA EN 460) (PASE A 463H) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463H) ←
462	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de jornadas nacionales o visitas de trabajadores del MINSA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
463	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió alguna de las siguientes vacunas:		
463A	¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro izquierdo, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es, gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←
463D	¿Cuántas veces le dieron a (NOMBRE) la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
463E	¿Recibió la vacuna DPT o la PENTAVALENTE, que es una inyección que se pone en las nalgas o en la pierna, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←
463F	¿Cuántas veces?	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8
463G	¿(NOMBRE) recibió una inyección contra el SARAMPIÓN, sola o junto con vacunas contra otras enfermedades (la topa y la rubeola)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463H	¿Recibió (NOMBRE) alguna otra vacuna que no haya mencionado? ¿Cuáles? REGISTRE TODAS LAS VACUNAS MENCIONADAS CIRCULANDO LAS LETRAS CORRESPONDIENTES	HEPATITIS B..... A HEPATITIS A..... B VARICELA..... C HEMOFILO-INFLUENZA TIPO B..... D TETRA-MUNE..... E ANTIMENINGOCÓCICA..... F OTRAS..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNA OTRA..... Y (PASE A 464) ←	HEPATITIS B..... A HEPATITIS A..... B VARICELA..... C HEMOFILO-INFLUENZA TIPO B..... D TETRA-MUNE..... E ANTIMENINGOCÓCICA..... F OTRAS..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNA OTRA..... Y (PASE A 464) ←
463J	¿Adónde llevaron a (NOMBRE) para la última vacuna? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO..... 16 (PASE A 464) ← SECTOR PRIVADO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... 20 CLÍNICA DE IXCHEN..... 21 CLÍNICA DE SI MUJER..... 22 CLÍNICA PRIVADA..... 23 EMPRESA MEDICA PREVISIONAL..... 24 CONSULTORIO/MÉDICO PRIV..... 25 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98	
463K	SI EN 463J ES ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE: ¿En qué municipio y departamento se encuentra ese lugar?	_____ MUNICIPIO _____ _____ DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
463L	¿Cuánto tiempo le tomó llegar a ese sitio?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
463M	¿Cuánto pagó por el transporte, para llegar al lugar de vacunación?	CORDOBAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ..... 0 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA..... 9 9 9 8	
463N	¿Cuánto tuvo que pagar en total por la vacuna, incluyendo la consulta y la vacuna misma si la compró?	CORDOBAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ..... 0 0 0 0 EL SEGURO PAGÓ..... 9 9 9 5 NO SABE/NO RECUERDA..... 9 9 9 8	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
464	¿Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) durante los últimos dos años fueron parte de una campaña nacional de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
464A	¿Algunas de las vacunas que ha recibido (NOMBRE) fué en la Jornada Nacional de Salud, que tuvo lugar del 15 de abril al 15 de mayo pasado?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
464B	¿Visitaron su casa los vacunadores o usted fué al puesto de vacunación?	VISITARON 1 FUE AL PUESTO 2 NO SE ACUERDA/NO SABE 8	VISITARON 1 FUE AL PUESTO 2 NO SE ACUERDA/NO SABE 8
466	¿(NOMBRE) ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
467	¿(NOMBRE) estuvo enfermo con tos en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←
468	Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con 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
469	VERIFIQUE 466 Y 467: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 466 O EN 467 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 472) ←
471	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento? ¿En algún otro sitio? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A POLICLÍNICA..... B CENTRO DE SALUD..... C PUESTO DE SALUD/P.MÉDICO..... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E AGENTE COMUNITARIO F SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL..... G MÉDICO PRIVADO..... H DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... I FARMACIA..... J OTRA PROMOTORA..... K ENFERMERA/AUXILIAR..... L CURANDERO/BRUJO..... M FAMILIAR..... N OTRO: X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A POLICLÍNICA..... B CENTRO DE SALUD..... C PUESTO DE SALUD/P.MÉDICO..... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E AGENTE COMUNITARIO F SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL..... G MÉDICO PRIVADO..... H DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... I FARMACIA..... J OTRA PROMOTORA..... K ENFERMERA/AUXILIAR..... L CURANDERO/BRUJO..... M FAMILIAR..... N OTRO: X (ESPECIFIQUE)
472	VERIFIQUE 466 ¿TUVO FIEBRE?	"SI" EN 466 ↓ NO/NO SABE EN 466 ↓ (PASE A 475)	"SI" EN 466 ↓ OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)
473	¿(NOMBRE) tomó algún medicamento para la fiebre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 475) ←
474	¿Qué medicamentos tomó (NOMBRE)? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	ACETOMINOFEM..... A FANSIDAR..... B CLOROQUINA..... C ASPIRINA..... D IBUPROFEM..... E OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	ACETOMINOFEM..... A FANSIDAR..... B CLOROQUINA..... C ASPIRINA..... D IBUPROFEM..... E OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
475	¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←
475A	¿Hubo sangre en las materias fecales (pupú)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO																																																																
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																
		NOMBRE _____	NOMBRE _____																																																																
475B	¿En el peor día de la diarrea, cuántas evacuaciones (pupú) tuvo (NOMBRE)?	NÚMERO DE DEPOSICIONES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	NÚMERO DE DEPOSICIONES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98																																																																
476	¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8																																																																
477	¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de alimentos que antes de la diarrea, más alimentos o menos alimentos? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NUNCA LE HA DADO SÓLIDOS..... 6 NO SABE..... 8	MUCHO MENOS 1 ALGO MENOS..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 MÁS..... 4 NADA DE COMER..... 5 NUNCA LE HA DADO SÓLIDOS..... 6 NO SABE..... 8																																																																
478	Le dió a (NOMBRE): A. ¿Un líquido preparado de un sobre especial (Sales de Rehidratación Oral)? B. ¿Un suero preparado en casa?	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>SRO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SUERO CASERO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>SRO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SUERO CASERO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		SI	NO	NS	SRO.....	1	2	8	SUERO CASERO.....	1	2	8																																								
	SI	NO	NS																																																																
SRO.....	1	2	8																																																																
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																																
	SI	NO	NS																																																																
SRO.....	1	2	8																																																																
SUERO CASERO.....	1	2	8																																																																
478C	Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea le dieron a beber algo más como: A. ¿Agua de arroz o de otro cereal? B. ¿Sopa? C. ¿Leche fresca (pasteurizada o de vaca) o leche de pote? D. ¿El pecho o leche materna? E. ¿Agua? F. ¿Algún otro líquido?	<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SOPA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PECHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AGUA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRO LÍQUIDO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>		SI	NO	NS	AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....	1	2	8	SOPA.....	1	2	8	LECHE.....	1	2	8	PECHO	1	2	8	AGUA.....	1	2	8	OTRO LÍQUIDO.....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="0"> <tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr> <tr><td>AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SOPA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>LECHE.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PECHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AGUA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRO LÍQUIDO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td></tr> </table>		SI	NO	NS	AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....	1	2	8	SOPA.....	1	2	8	LECHE.....	1	2	8	PECHO	1	2	8	AGUA.....	1	2	8	OTRO LÍQUIDO.....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO	NS																																																																
AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....	1	2	8																																																																
SOPA.....	1	2	8																																																																
LECHE.....	1	2	8																																																																
PECHO	1	2	8																																																																
AGUA.....	1	2	8																																																																
OTRO LÍQUIDO.....	1	2	8																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																			
	SI	NO	NS																																																																
AGUA DE ARROZ/ CEREAL.....	1	2	8																																																																
SOPA.....	1	2	8																																																																
LECHE.....	1	2	8																																																																
PECHO	1	2	8																																																																
AGUA.....	1	2	8																																																																
OTRO LÍQUIDO.....	1	2	8																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																			
479	¿Le dió algo (más) para la diarrea a (NOMBRE) distinto a los sueros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←																																																																
480	¿Qué más le dieron para tratar la diarrea? ¿Algo más? CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	PASTILLA O JARABE P/LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D INYECCIÓN MUSCULAR O EN LAS VENAS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA Ó JARABE P/LA DIARREA..... A ANTIBIÓTICO..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS..... D INYECCIÓN MUSCULAR O EN LAS VENAS..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																																
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←																																																																
482	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? ¿En otro lugar? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PUBLICO..... A POLICLÍNICA..... B CENTRO DE SALUD..... C PUESTO DE SALUD/P.MÉDICO..... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E AGENTE COMUNITARIO..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL..... G MÉDICO PRIVADO..... H DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... I FARMACIA..... J OTRA PROMOTORA..... K ENFERMERA/AUXILIAR..... L CURANDERO/BRUJO..... M FAMILIAR..... N OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PUBLICO..... A POLICLÍNICA..... B CENTRO DE SALUD..... C PUESTO DE SALUD/P.MÉDICO..... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E AGENTE COMUNITARIO..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL..... G MÉDICO PRIVADO..... H DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... I FARMACIA..... J OTRA PROMOTORA..... K ENFERMERA/AUXILIAR..... L CURANDERO/BRUJO..... M FAMILIAR..... N OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																																																																

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
482A	¿Dónde llevaron a (NOMBRE) la última vez? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____	NINGÚN LUGAR..... 00 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 POLICLÍNICA..... 12 CENTRO DE SALUD..... 13 PUESTO DE SALUD/P.MÉDICO..... 14 SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... 15 AGENTE COMUNITARIO 16 (PASE A 483) ← SECTOR PRIVADO CLÍNICA/HOSPITAL..... 21 MÉDICO PRIVADO..... 22 DISPENSARIO DE IGLESIA U OTRA ENTIDAD..... 23 FARMACIA..... 24 OTRA PROMOTORA..... 25 ENFERMERA/AUXILIAR..... 26 CURANDERO/BRUJO..... 27 FAMILIAR..... 28 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 483) ←	
482B	SI EL LUGAR EN 482A ES ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PREGUNTE: ¿En qué municipio y departamento se encuentra ese lugar?	_____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
482C	¿Cuánto tiempo le tomó llegar?	MINUTOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
482D	¿Cuánto pagó por el transporte, para llegar al lugar de que me habló?	CORDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0 0 0 0 NO SABE/NO RECUERDA 9 9 9 8	
482E	¿Cuánto tuvo que pagar en total por tratamiento, incluyendo algún medicamento que haya comprado y la consulta?	CORDOBAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO PAGÓ 0 0 0 0 EL SEGURO PAGO 9 9 9 5 NO SABE/NO RECUERDA 9 9 9 8	
483		REGRESE A 456 EN LA PRÓXIMA COLUMNA. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484	REGRESE A 456 EN LA ÚLTIMA COLUMNA. DE NUEVO CUESTIONARIO; SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 484

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
484	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1996 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		487
485	¿Qué sucede usualmente con las deposiciones de su niño (menor) cuando no usa el baño/letrina?	SIEMPRE USA INODORO/LETRINA..... 01 LO TIRA EN INODORO/LETRINA..... 02 LO TIRA EN EL PATIO/CAMPO..... 03 LO QUEMA EN EL PATIO..... 04 NO HACE NADA/LO DEJA EN EL SUELO..... 05 LO BOTA EN LA BASURA..... 06 LO BOTA EN EL LAVADERO..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
485A	VERIFIQUE 471 Y 482: FUE A ALGUNA UNIDAD DEL MINSA (SECTOR PÚBLICO) FUE A OTRA PARTE O NO SE SABE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> SI, FUE A MINSA <input type="checkbox"/>		485C
485B	¿En los últimos 3 meses, por alguna razón, acudió con su hijo(s) a una unidad del MINSa como hospital, centro de salud o puesto de salud?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	486 486
485C	¿Cuando fue a la unidad del MINSa (hospital, centro de salud o puesto de salud), llevaba la tarjeta de atención integral o de vacunación de su hijo(s)?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
485D	¿Algún trabajador de la salud, le pidió la tarjeta?	SI 1 NO..... 2 NO SABE 8	
485E	¿Fué vacunado su hijo en esa ocasión?	SI 1 TENÍA COMPLETAS LAS VACUNAS 2 NO 3 NO SABE 8	
486	VERIFIQUE 478A, PARA TODOS LOS NIÑOS: NINGÚN NIÑO RECIBIÓ SOBRES DE SALES O NO SABE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO RECIBIÓ SOBRES DE SALES <input type="checkbox"/>		488
487	¿Ha oído usted de algún producto especial llamado Suero de Rehidratación Oral que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI 1 NO 2	
488	VERIFIQUE 218, TODAS LAS FILAS: NUMERO DE NIÑOS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		490
488A	Cuándo un niño tiene diarrea, ¿se le debería dar menos líquidos que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS QUE LO USUAL..... 3 NO SABE..... 8	
488B	Cuando un niño tiene diarrea, ¿se le debería dar menos alimento que de costumbre, la misma cantidad o más que lo acostumbrado?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS QUE LO USUAL..... 3 NO SABE..... 8	
488C	Cuando un niño está enfermo con diarrea, ¿qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud? Cuáles más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	SED..... A OJOS HUNDIDOS..... B BOCA Y LENGUA SECA..... C DEPOSICIONES ACUOSAS REPETIDAS D CUALQUIER DEPOSICIÓN ACUOSA E VÓMITO REPETIDO..... F CUALQUER VÓMITO..... G SANGRE EN LAS DEPOSICIONES H FIEBRE..... I ANSIOSO..... J NO COME/NO BEBE BIEN..... K SE SIENTE MÁS ENFERMO/MUY ENFERMO L SI NO HAY MEJORÍA..... M NIÑO DEMACRADO/DÉBIL..... N OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
488D	<p>Cuando un niño está enfermo con tos, ¿qué síntomas (señales) le indican a usted que debe llevarlo al médico o a una institución de salud?</p> <p>Cuáles más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>RESPIRACIÓN AGITADA..... A</p> <p>DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B</p> <p>SE PONE MORADO (CIANOSIS)..... C</p> <p>RESPIRA RAPIDO UNIENDO LAS C..... D</p> <p>RESPIRACIÓN RUIDOSA..... E</p> <p>PIEBRE..... F</p> <p>INCAPAZ DE BEBER..... G</p> <p>NO COME/NO BEBE BIEN..... H</p> <p>SE SIENTE MÁS ENFERMO/MUY ENFERM..... I</p> <p>SI NO HAY MEJORÍA..... J</p> <p>TOS PERSISTENTE O E)..... K</p> <p>CONVULSIONES O ATAQUES..... L</p> <p>ANORMALMENTE SOMNOLIENTO..... M</p> <p>CUELLO ADOLORIDO O RIGIDO..... N</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>																												
489	<p>En general, si uno de sus niños enfermara gravemente, ¿puede Ud. decidir por sí misma si la niña/niño debe ser llevado al médico?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>DEPENDE..... 3</p>																												
490	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud.</p> <p>Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para Ud. es un gran problema o no, lo siguiente:</p> <p>A. ¿Saber adónde ir?</p> <p>B. ¿Conseguir permiso para ir?</p> <p>C. ¿Conseguir dinero para el tratamiento?</p> <p>D. ¿La lejanía de los servicios médicos?</p> <p>E. ¿Contar con movilidad para transportarse?</p> <p>F. ¿Ir sola?</p> <p>G. ¿Que sólo atiendan hombres?</p> <p>H. ¿Las responsabilidades domesticas y/o cuidado de los hijos?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GRAN PROBLEMA</th> <th>NO ES PROBLEMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA	A.	1	2	B.	1	2	C.	1	2	D.	1	2	E.	1	2	F.	1	2	G.	1	2	H.	1	2	
	GRAN PROBLEMA	NO ES PROBLEMA																												
A.	1	2																												
B.	1	2																												
C.	1	2																												
D.	1	2																												
E.	1	2																												
F.	1	2																												
G.	1	2																												
H.	1	2																												

491	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 1998 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> 494 REGISTRE EL NOMBRE DEL NIÑO DE MÁS CORTA EDAD QUE AÚN VIVE CON ELLA EN LA PREGUNTA 492																												
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer. PARA CADA LÍQUIDO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA PARA LOS "ÚLTIMOS 7 DÍAS" Y A CONTINUACION PARA "AYER/ANOCHES" SI NO TOMÓ ESE LÍQUIDO, ANOTE "0" Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE LÍQUIDO. SI TOMÓ 7 O MÁS VECES, ANOTE "7". SI NO SABE, ANOTE "8". A. Agua sola (sin mezclar con nada)? B. Leche en polvo para bebé? C. Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)? D. Jugo de fruta? E. Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRE _____</th> </tr> <tr> <th>ÚLTIMOS 7 DÍAS</th> <th>AYER/ ANOCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:</td> <td>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dió a (NOMBRE):</td> </tr> <tr> <td>A. <input type="text"/></td> <td>A. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B. <input type="text"/></td> <td>B. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C. <input type="text"/></td> <td>C. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D. <input type="text"/></td> <td>D. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E. <input type="text"/></td> <td>E. <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE _____		ÚLTIMOS 7 DÍAS	AYER/ ANOCHE	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dió a (NOMBRE):	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>											
NOMBRE _____																													
ÚLTIMOS 7 DÍAS	AYER/ ANOCHE																												
¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) bebió:	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dió a (NOMBRE):																												
A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>																												
B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>																												
C. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>																												
D. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>																												
E. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>																												
493	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los tipos de alimentos que (NOMBRE) comió en los últimos 7 días, incluyendo el día de ayer. PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO "a" y DESPUÉS "b" SI NO COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". SI COMIÓ 7 O MÁS VECES, ESCRIBA "7". SI NO SABE, ESCRIBA "8". A. ¿Cualquier comida hecha de cereal (arroz, maíz, avena, trigo y cebada como pan, tallarines o fideos, galletas, yoltamales o tamales)? B. ¿Ayote maduro, ñame, camote, zanahoria? C. ¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca, quequisque, malanga, manioca)? D. ¿Hojas verdes oscuras , como apio, frijolitos verdes, espinaca, hojas de acelga, culantro, yerba buena o brócoli? E. ¿Mango maduro, papaya madura, mamey, melocotones, nancites? F. ¿Otras frutas y vegetales como banano, plátano maduro, manzana, tomate, aguacate, limón, lima, naranja, mandarina, icacos, guayabas, uvas, piñas, jocote, coliflor? G. ¿Carne de res, de pollo, pescado, mariscos, huevos, hígado, riñón, corazón, titiles, cerdo, jamón, mortadela? H. ¿Frijoles rojos, negros o blancos, lenteja, soya, garbanzos, petipua, semilla de marañón, semilla de jícara, ajonjolí? I. ¿Queso, cuajada, leche agria, yogurt? J. ¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca, mantequilla, margarina, mayonesa?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRE _____</th> </tr> <tr> <th>ÚLTIMOS 7 DÍAS</th> <th>AYER/ ANOCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?</td> <td>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día o la noche le dió de comer a (NOMBRE) este alimento?</td> </tr> <tr> <td>A. <input type="text"/></td> <td>A. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B. <input type="text"/></td> <td>B. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C. <input type="text"/></td> <td>C. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D. <input type="text"/></td> <td>D. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E. <input type="text"/></td> <td>E. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>F. <input type="text"/></td> <td>F. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>G. <input type="text"/></td> <td>G. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>H. <input type="text"/></td> <td>H. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>I. <input type="text"/></td> <td>I. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>J. <input type="text"/></td> <td>J. <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE _____		ÚLTIMOS 7 DÍAS	AYER/ ANOCHE	¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día o la noche le dió de comer a (NOMBRE) este alimento?	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>	F. <input type="text"/>	F. <input type="text"/>	G. <input type="text"/>	G. <input type="text"/>	H. <input type="text"/>	H. <input type="text"/>	I. <input type="text"/>	I. <input type="text"/>	J. <input type="text"/>	J. <input type="text"/>	
NOMBRE _____																													
ÚLTIMOS 7 DÍAS	AYER/ ANOCHE																												
¿Cuántos días durante los últimos 7 días (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día o la noche le dió de comer a (NOMBRE) este alimento?																												
A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>																												
B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>																												
C. <input type="text"/>	C. <input type="text"/>																												
D. <input type="text"/>	D. <input type="text"/>																												
E. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>																												
F. <input type="text"/>	F. <input type="text"/>																												
G. <input type="text"/>	G. <input type="text"/>																												
H. <input type="text"/>	H. <input type="text"/>																												
I. <input type="text"/>	I. <input type="text"/>																												
J. <input type="text"/>	J. <input type="text"/>																												
494	¿Durmió usted anoche con un mosquitero?	SI..... 1 NO..... 2																											
495	La última vez que preparó una comida para su familia, ¿se lavó las manos antes de empezar?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA PREPARA COMIDA..... 8																											
496	¿Fuma usted cigarrillos, o puro, o pipa en la actualidad? SI "SI": Qué tipo de tabaco fuma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE	SI CIGARRILLOS..... A SI, PURO..... B SI, OTRO TIPO DE TABACO..... C NO..... Y																											
497	VERIFIQUE 496: CÓDIGO 'A' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'A' NO CIRCULADO <input type="checkbox"/> 498A																												
498	¿En la últimas 24 horas, cuántos cigarrillos se fumó?	CIGARRILLOS..... <input type="text"/>																											
498A	¿Su esposo o compañero o alguna otra persona que vive con usted, fuma?	SI 1 NO 2 NO TIENE COMPAÑERO..... 3																											

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	MARIDO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2		
	SI	NO																	
NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																	
MARIDO.....	1	2																	
OTROS HOMBRES.....	1	2																	
OTRAS MUJERES.....	1	2																	
501	¿Actualmente Ud. está unida o casada?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SÍ, ACTUALMENTE CASADA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → 505</td> </tr> <tr> <td>SÍ, UNIDA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO, NO EN UNIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	SÍ, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} → 505	SÍ, UNIDA.....	2	NO, NO EN UNIÓN.....	3										
SÍ, ACTUALMENTE CASADA.....	1	} → 505																	
SÍ, UNIDA.....	2																		
NO, NO EN UNIÓN.....	3																		
501A	¿Actualmente tiene Ud. un compañero regular, ocasional o no tiene?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>COMPAÑERO SEXUAL REGULAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	COMPAÑERO SEXUAL REGULAR.....	1	COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL....	2	NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....	3											
COMPAÑERO SEXUAL REGULAR.....	1																		
COMPAÑERO SEXUAL OCASIONAL....	2																		
NO TIENE COMPAÑERO SEXUAL.....	3																		
502	¿Ha estado usted unida o casada alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SÍ, ESTUVO CASADA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 504</td> </tr> <tr> <td>SÍ, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 510</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 514</td> </tr> </table>	SÍ, ESTUVO CASADA.....	1	} → 504	SÍ, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2	} → 510	NO.....	3	} → 514								
SÍ, ESTUVO CASADA.....	1	} → 504																	
SÍ, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE.....	2	} → 510																	
NO.....	3	} → 514																	
504	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → 510</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	VIUDA.....	1	} → 510	SEPARADA.....	2	DIVORCIADA.....	3										
VIUDA.....	1	} → 510																	
SEPARADA.....	2																		
DIVORCIADA.....	3																		
505	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRO SITIO.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRO SITIO.....	2													
VIVE CON ELLA.....	1																		
VIVE EN OTRO SITIO.....	2																		
506	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
510	¿Usted ha estado casada o unida sólo una vez, o más de una vez? SI MÁS DE UNA VEZ, PREGUNTE: ¿Cuántas veces?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">} ← <input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MÁS DE UNA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">NUMERO DE VECES <input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	UNA VEZ.....	1	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>	MÁS DE UNA VEZ.....	2	NUMERO DE VECES <input style="width: 20px;" type="text"/>											
UNA VEZ.....	1	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
MÁS DE UNA VEZ.....	2																		
NUMERO DE VECES <input style="width: 20px;" type="text"/>																			
511	VERIFIQUE 510 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">↓</td> <td style="border: none; text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero? </td> <td style="border: none;"> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero? </td> </tr> </table>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/>	↓	↓	¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>MES.....</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} → 514</td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL MES.....</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td>AÑO.....</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE EL AÑO.....</td> <td style="text-align: center;">9998</td> <td></td> </tr> </table>	MES.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	} → 514	NO SABE EL MES.....	98	AÑO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	NO SABE EL AÑO.....	9998		
CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/>	CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: <input style="width: 20px;" type="text"/>																		
↓	↓																		
¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/compañero?	¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/compañero?																		
MES.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	} → 514																	
NO SABE EL MES.....	98																		
AÑO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>																		
NO SABE EL AÑO.....	9998																		
512	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
514	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>NUNCA.....</td> <td style="text-align: center;">00</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 524</td> </tr> <tr> <td>EDAD EN AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUANDO SE CASÓ/UNIÓ POR PRIMERA VEZ.....</td> <td style="text-align: center;">95</td> <td></td> </tr> </table>	NUNCA.....	00	} → 524	EDAD EN AÑOS.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>		CUANDO SE CASÓ/UNIÓ POR PRIMERA VEZ.....	95									
NUNCA.....	00	} → 524																	
EDAD EN AÑOS.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>																		
CUANDO SE CASÓ/UNIÓ POR PRIMERA VEZ.....	95																		
514A	Su primera experiencia sexual, ¿fue algo que usted quería hacer en ese momento, algo que usted aceptó pero que no quería, o algo que usted fue obligada a hacer en contra de su voluntad?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>QUERÍA HACER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>ACEPTO PERO NO QUERÍA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FUE OBLIGADA.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	QUERÍA HACER.....	1	ACEPTO PERO NO QUERÍA.....	2	FUE OBLIGADA.....	3											
QUERÍA HACER.....	1																		
ACEPTO PERO NO QUERÍA.....	2																		
FUE OBLIGADA.....	3																		
515	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales? ANOTE AÑOS SÓLO SI LA ÚLTIMA RELACIÓN FUE HACE UNO O MÁS AÑOS.	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>HACE: DÍAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="vertical-align: middle;">} ← <input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SEMANAS.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="vertical-align: middle;">} ← <input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MESES.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="vertical-align: middle;">} ← <input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AÑOS.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="vertical-align: middle;">} → 524</td> </tr> </table>	HACE: DÍAS.....	1	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>	SEMANAS.....	2	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>	MESES.....	3	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>	AÑOS.....	4	} → 524					
HACE: DÍAS.....	1	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
SEMANAS.....	2	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
MESES.....	3	} ← <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
AÑOS.....	4	} → 524																	

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
516	<p>VERIFIQUE 301:</p> <p>CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/> NO CONOCE CONDÓN <input type="checkbox"/></p> <p>¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales, usaron condón?</p> <p>Algunos hombres usan un condón, lo que significa que ellos usan una bolsita especial durante las relaciones. La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales ¿usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
517	<p>¿Cuál es su relación con el hombre con quien tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI ES EL "NOVIO" O "PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 01</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>OTRO AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL... 06</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	519
518	<p>¿Por cuánto tiempo ha mantenido Ud. relaciones sexuales con esta persona?</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/><input type="text"/></p>	
519	<p>¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	524
520	<p>La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otro hombre, ¿usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
521	<p>¿Cuál es su relación con esa persona?</p> <p>SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: Estaba su novio/prometido viviendo con Ud. cuando tuvo su última relación sexual con Ud.?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/ CONVIVIENTE..... 01</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>OTRO AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL... 06</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	523
522	<p>¿Por cuánto tiempo ha tenido (tuvo) relaciones sexuales con este hombre?</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/><input type="text"/></p>	
523	<p>En total, ¿con cuántos diferentes hombres ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?</p>	<p>No. DE COMPAÑEROS..... <input type="text"/><input type="text"/></p>	
524	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puede conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	527
525	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESCRIBA EL NOMBRE</p> <p>----- NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</p> <p>¿Algún otro sitio?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE MENCIONE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL..... A</p> <p>POLICLÍNICA..... B</p> <p>CENTRO DE SALUD..... C</p> <p>PUESTO DE SALUD/P. MÉDICO..... D</p> <p>SECTOR COMUNITARIO</p> <p>CASA BASE..... E</p> <p>AGENTE COMUNITARIO..... F</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO..... H</p> <p>CLÍNICA DE PROFAMILIA..... I</p> <p>CLÍNICA DE IXCHEN..... J</p> <p>CLÍNICA DE SI MUJER..... K</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... L</p> <p>CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... M</p> <p>FARMACIA..... N</p> <p>MERCADO..... O</p> <p>PROMOTORA DE PROFAMILIA..... P</p> <p>PROMOTORA DE IXCHEN..... Q</p> <p>PROMOTORA DE SI MUJER..... R</p> <p>PROMOTORA DE ONG..... S</p> <p>PROMOTORA COMUNALES..... T</p> <p>PARTERA U</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
526	Si quiere, ¿Usted misma puede conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	
526A	¿Qué marcas de condones conoce?	VIVEX A BODYGUARD B OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO CONOCE..... Z	
527	¿Conoce un lugar donde se puedan obtener condones femeninos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	601 601
528	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro lugar? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE PREGUNTE POR EL NOMBRE SI UNO DE LOS LUGARES ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... A POLICLÍNICA..... B CENTRO DE SALUD..... C PUESTO DE SALUD/P. MÉDICO..... D SECTOR COMUNITARIO CASA BASE..... E BRIGADISTA..... F SECTOR PRIVADO HOSPITAL PRIVADO..... H CLÍNICA DE PROFAMILIA..... I CLÍNICA DE IXCHEN..... J CLÍNICA DE SI MUJER..... K CLÍNICA PRIVADA..... L CONSULTORIO/MÉDICO PRIVADO..... M FARMACIA..... N EMPRESA MEDICA PREVISIONAL..... O PROMOTORA DE PROFAMILIA..... P PROMOTORA DE IXCHEN..... Q PROMOTORA DE SI MUJER..... R PROMOTORA DE ONG..... S PROMOTORA COMUNAL..... T PARTERA U OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
529	Si usted quisiera, ¿podría conseguir usted misma un condón femenino?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 311 Y 311A: NUNCA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>		614
602	VERIFIQUE 226: 226=2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 226=1 Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS / NINGUNO..... 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 INDECISA/NO SABE/ INSEGURA - EMBARAZADAS..... 4 - NO EMBARAZADAS/INSEGURA..... 5	604 614 610 608
603	VERIFIQUE 602: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después del nacimiento que está esperando antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PRONTO / AHORA..... 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRA: 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998	609 614 609 609
604	VERIFIQUE 602: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		610
605	VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO USA ACTUALMENTE O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 310=2 310=1		608
606	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 603. QUIERE ESPERAR: 2 AÑOS O MÁS O DESPUES DEL MATRIMONIO, O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> MENOS DE 2 AÑOS O MENOS DE "24" MESES <input type="checkbox"/>		610
607	VERIFIQUE 602: QUIERE TENER UN/ OTRO HIJO <input type="checkbox"/> 602=1 NO QUIERE MÁS/ NINGUNO <input type="checkbox"/> 602=2 Ud. me dijo que <u>no quiere tener un (otro) hijo pronto</u> , pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. Ud. me dijo que <u>no quiere tener (más) hijos</u> , pero no está usando ningún método para no quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE Y ESCRIBA TEXTUALMENTE LA(S) RESPUESTA(S) _____ _____ _____ _____ _____	NO EN UNIÓN A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPÁUSICA/HISTERECTOMIZADA..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... N NO CONOCE FUENTE..... O RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: PROBLEMAS DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q USO INCONVENIENTE..... R INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... T MUY COSTOSO..... U OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
608	Si en las semanas siguientes, Ud. descubriera que está embarazada, ¿para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema, o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EM- BARAZADA/NO TIENE REL. SEX..... 4	
609	VERIFIQUE EN 310 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: NO ESTÁ USANDO O <input type="checkbox"/> NO SE HIZO PREGUNTA SÍ, USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		614
610	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	612
611	¿Qué método preferiría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 VAGINALES..... 09 AMENORREA POR LACTANCIA..... 10 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 11 RETIRO..... 12 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA..... 98	614
612	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro? ESCRIBA TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CÓDIGO _____ _____ _____	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FREC. 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOM. 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES DEL MÉTODO: PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS CUERPO 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	VERIFIQUE 612 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> ⁶¹²⁼¹¹ OTRAS <input type="checkbox"/>		614
613	¿Ud. usaría un método si estuviera casada / o en unión?	SÍ..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ ↓ Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE	NÚMERO [][] OTRA RESPUESTA: 96 (ESPECIFIQUE)	616
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres, o no le importaría?	NIÑAS NIÑOS CUALQUIERA NÚMERO [][] [][] [][] OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	En general, Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
617	¿Recuerda haber visto o escuchado algún mensaje sobre Planificación Familiar en los últimos seis meses?	SI..... 1 NO..... 2	619
617A	¿Dónde escuchó, vió o leyó estos mensajes? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿En algún otro lugar?	OYO EN RADIO..... A VIO EN TELEVISIÓN..... B FOLLETOS/VOLANTES/CALCOMANÍAS..... C EN POSTER O AFICHE..... D ROTULOS EN LOS BUSES..... E TEATRO CALLEJERO..... F EVENTO (MOVILIZACIÓN COMUNITARIA)..... G ALGUIEN LE HABLO..... H PERIÓDICOS..... I CARTELES/ROTULOS..... F SERVICIOS DE SALUD..... K CLÍNICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... L CLÍNICA PROFAMILIA..... M EN CENTRO EDUCATIVO..... N PARROQUIA U OTRA IGLESIA..... O OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
617B	¿Qué hizo usted como resultado de haber escuchado o visto estos mensajes? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS INDAGUE: ¿Hizo algo más?	DECIDIO EVITAR RELACIONES SEXUALES.. A DECIDIO CUIDARSE PARA EVITAR EMBARAZO..... B DECIDIO ESPERA PARA CASARSE/FORMALIZAR..... C DECIDIO CONVERSAR CON LA PAREJA SOBRE PLANIF. FAMILIAR/MÉTODOS..... D DECIDIO ESPERAR ANTES DE TENER OTRO HIJO..... E VISITO HOSPITAL/CENTRO/ PUESTO DE SALUD..... F VISITO CLÍNICA PLANIF. FAMILIAR..... G VISITO CLÍNICA DE PROFAMILIA..... H BUSCO INFORMACIÓN SOBRE P.F..... I ADOPTO UN MÉTODO DE P.F..... J HABLO CON LA PAREJA SOBRE EL TEMA... K OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HIZO NADA..... Y NO SABE/NO RESPONDE..... Z	
619	En los últimos meses ¿Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	621
620	¿Con quién ha comentado? ¿Con alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F HIJO..... G SUEGRA..... H SUEGRO..... I NOVIO..... J AMIGAS/VECINAS..... K AMIGOS..... L OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
621	VERIFIQUE 501: SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> 501=1 SI, EN UNION <input type="checkbox"/> 501=2 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3		627A
622	VERIFIQUE 311/311A: USA MÉTODO <input type="checkbox"/> NO USA MÉTODO <input type="checkbox"/>		624
623	Ud. me ha dicho que está usando (MÉTODO). Ud. diría que el uso (MÉTODO) fue su decisión, la de su esposo (compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA..... 1 ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
624	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su esposo (pareja) sobre la planificación familiar. ¿Ud. piensa que su esposo (pareja) aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar los embarazos?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8																																					
625	¿Con qué frecuencia Ud. habló con su esposo acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA..... 1 UNA O DOS VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3																																					
626	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>  ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>  627A																																						
627	¿Ud. piensa que su esposo (pareja) desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8																																					
627A	¿Qué significa para usted Salud Reproductiva? INDAGUE ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	LA PAREJA DEBE PLANIFICAR EL NÚMERO DE HIJOS..... A SALUD DE LA MUJER..... C SALUD DE LA MUJER Y EL HOMBRE..... D DECIDIR CUANDO CASARSE/UNIRSE, TENER HIJOS..... F NO TENER HIJOS MUY JOVEN..... G NO CASARSE(UNIRSE) MUY JOVEN..... H NO TENER HIJOS MUY SEGUIDOS/ MUCHOS HIJOS..... I CUIDARSE PARA NO TENER HIJOS..... K CUIDARSE DE ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL. L OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO RESPONDE..... Z																																					
628	Marido y mujer no siempre están de acuerdo en lo que concierne los derechos y los deberes de cónyuges. Dígame: Usted está de acuerdo en que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con su marido cuando:																																						
	A. ¿Ella sabe que su marido tiene una E.T.S?..... B. ¿Ella sabe que su marido tiene relaciones sexuales con otra mujer?..... C. ¿Ella ha tenido recientemente un parto?..... D. ¿Ella está cansada o no está de humor?..... E. ¿Ella está con la regla?..... F. ¿Ella no quiere salir embarazada?..... G. ¿Si él la golpea?..... H. ¿Si él está borracho?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIENE UNA ETS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CANSADA/NO DE HUMOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REGLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO EMBARAZO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>GOLPEA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BORRACHO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	TIENE UNA ETS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8	REGLA.....	1	2	8	NO EMBARAZO.....	1	2	8	GOLPEA.....	1	2	8	BORRACHO.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																																				
TIENE UNA ETS.....	1	2	8																																				
OTRA MUJER.....	1	2	8																																				
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																																				
CANSADA/NO DE HUMOR.....	1	2	8																																				
REGLA.....	1	2	8																																				
NO EMBARAZO.....	1	2	8																																				
GOLPEA.....	1	2	8																																				
BORRACHO.....	1	2	8																																				

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
701	<p>VERIFIQUE 501, 502:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA/O UNIDA 501=1,2 ALGUNA VEZ CASADA/O UNIDA 502=1,2 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA Y NUNCA EN UNIÓN 502=3 </p>	<p style="text-align: right;">703</p> <p style="text-align: right;">707</p>																																																													
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS COMPLETOS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																													
703	¿Su esposo/compañero (su último esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706																																																												
704	¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó? CIRCULE "00" SI NINGUNO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NINGUNO.....</td><td>00</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PRE-ESCOLAR.....</td><td>01</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>EDUCACIÓN DE ADULTOS.....</td><td>02</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PRIMARIA.....</td><td>03</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA.....</td><td>04</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>TÉCNICO BÁSICO.....</td><td>05</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>TÉCNICO MEDIO.....</td><td>06</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>FORMACIÓN DOCENTE.....</td><td>07</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>TÉCNICO SUPERIOR.....</td><td>08</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIO.....</td><td>09</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POSTGRADO.....</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MAESTRÍA.....</td><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DOCTORADO.....</td><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>EDUCACIÓN ESPECIAL.....</td><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td>99</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	NINGUNO.....	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRE-ESCOLAR.....	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN DE ADULTOS.....	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO BÁSICO.....	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO MEDIO.....	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORMACIÓN DOCENTE.....	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR.....	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO.....	09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRÍA.....	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOCTORADO.....	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN ESPECIAL.....	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO SABE.....	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	706
NINGUNO.....	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
PRE-ESCOLAR.....	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
EDUCACIÓN DE ADULTOS.....	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
PRIMARIA.....	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
SECUNDARIA.....	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
TÉCNICO BÁSICO.....	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
TÉCNICO MEDIO.....	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
FORMACIÓN DOCENTE.....	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
TÉCNICO SUPERIOR.....	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
UNIVERSITARIO.....	09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
POSTGRADO.....	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
MAESTRÍA.....	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
DOCTORADO.....	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
EDUCACIÓN ESPECIAL.....	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
NO SABE.....	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
706	VERIFIQUE 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA </div> </div> <p>¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (último) esposo/compañero? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																																																													
707	¿Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. está trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	710																																																												
708	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. ¿En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710																																																												
709	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	719																																																												
710	¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace Ud. principalmente?	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																																																													
711	VERIFIQUE 710 TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		713																																																												
712	¿Ud. trabaja principalmente en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de otros, o en tierra de la comunidad?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5																																																													
713	¿Ud. trabaja para un familiar, para otros o trabaja por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTROS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3																																																													
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																																																													

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																														
714A	VERIFIQUE 217 Y 218: TIENE ALGUN (A) HIJO (A) DE CINCO AÑOS O MENOS VIVIENDO EN EL HOGAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		715																																																														
714B	¿Quién cuida normalmente de (NOMBRE DEL NIÑO (A) MENOR EN EL HOGAR), mientras usted trabaja?	ENTREVISTADA... 01 ESPOSO/COMPAÑERO... 02 LA NIÑA MAYOR... 03 EL NIÑO MAYOR... 04 LA MADRE/SUEGRA... 05 OTROS PARIENTES... 06 VECINOS... 07 AMIGOS... 08 EMPLEADA DOMÉSTICA... 09 NIÑO ESTÁ EN LA ESCUELA... 10 C.D.I... 11 NO HA TRABAJADO DESDE EL ÚLTIMO NACIMIENTO... 95 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																															
715	¿Trabaja usted generalmente todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO... 1 POR EPOCAS... 2 DE VEZ EN CUANDO... 3																																																															
716	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)? INDAGUE: ¿A Ud. le pagan por su trabajo?	SÓLO DINERO... 1 DINERO Y ESPECIE... 2 SÓLO EN ESPECIE... 3 NO LE PAGAN... 4	719 719																																																														
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE... 1 ESPOSO/COMPAÑERO DECIDE... 2 AMBOS DECIDEN... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE... 4 ENTREVISTADA JUNTO CON ALGUIEN MÁS... 5																																																															
718	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA... 1 MENOS DE LA MITAD... 2 LA MITAD... 3 MÁS DE LA MITAD... 4 TODO... 5 NADA, AHORRA TODO... 6																																																															
718A	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA: ACTUALMENTE O ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/>		801																																																														
719	Para cada una de las siguientes actividades, me puede decir quién tiene (tenía) la última palabra en su casa: Usted, su esposo/compañero, ambos de acuerdo, o alguien más	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ESPOSO/ COMPA- NERO</th> <th>OTRA PER- SONA</th> <th>ELLA Y OTRA PER- SONA</th> <th>ELLA Y OTRA PER- SONA</th> <th>NA- DIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. ¿El cuidado de su salud?</td> <td>SU SALUD... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>B. ¿Visitas a amigos y a la familia?</td> <td>VISITAS... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>C. ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor?</td> <td>TELEVISOR... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>D. ¿Cuando un niño necesita ir al doctor?</td> <td>DOCTOR... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>E. ¿La educación de los hijos?</td> <td>EDUCACIÓN... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>F. ¿Qué alimentos cocinar diariamente?</td> <td>ALIMENTACIÓN... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>G. ¿Uso de anticonceptivos?</td> <td>ANTICONCEP... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>H. ¿Cómo disciplinar a los hijos?</td> <td>DISCIPLINA... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ESPOSO/ COMPA- NERO	OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	NA- DIE	A. ¿El cuidado de su salud?	SU SALUD... 1	2	3	4	5	6	B. ¿Visitas a amigos y a la familia?	VISITAS... 1	2	3	4	5	6	C. ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor?	TELEVISOR... 1	2	3	4	5	6	D. ¿Cuando un niño necesita ir al doctor?	DOCTOR... 1	2	3	4	5	6	E. ¿La educación de los hijos?	EDUCACIÓN... 1	2	3	4	5	6	F. ¿Qué alimentos cocinar diariamente?	ALIMENTACIÓN... 1	2	3	4	5	6	G. ¿Uso de anticonceptivos?	ANTICONCEP... 1	2	3	4	5	6	H. ¿Cómo disciplinar a los hijos?	DISCIPLINA... 1	2	3	4	5	6	
	ESPOSO/ COMPA- NERO	OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	NA- DIE																																																												
A. ¿El cuidado de su salud?	SU SALUD... 1	2	3	4	5	6																																																											
B. ¿Visitas a amigos y a la familia?	VISITAS... 1	2	3	4	5	6																																																											
C. ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor?	TELEVISOR... 1	2	3	4	5	6																																																											
D. ¿Cuando un niño necesita ir al doctor?	DOCTOR... 1	2	3	4	5	6																																																											
E. ¿La educación de los hijos?	EDUCACIÓN... 1	2	3	4	5	6																																																											
F. ¿Qué alimentos cocinar diariamente?	ALIMENTACIÓN... 1	2	3	4	5	6																																																											
G. ¿Uso de anticonceptivos?	ANTICONCEP... 1	2	3	4	5	6																																																											
H. ¿Cómo disciplinar a los hijos?	DISCIPLINA... 1	2	3	4	5	6																																																											
719A	¿Usted tiene un niño entre 6 y 12 años que asiste actualmente a la escuela?	SI... 1 NO... 2	720																																																														

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
719B	<p>En los últimos 12 meses, usted ha visitado una escuela primaria para:</p> <p>A. ¿Participar en un proyecto de la escuela?</p> <p>B. ¿Reunirse con el director o un profesor?</p> <p>C. ¿Recoger la boleta/notas del hijo(a)?</p> <p>D. ¿Ayudar al profesor o contribuir a las actividades del aula?</p> <p>E. ¿Observar a los maestros impartiendo clases?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PARTICIPACION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. REUNIONES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. BOLETA/NOTAS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. AYUDA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. OBSERVACION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A. PARTICIPACION	1	2	B. REUNIONES	1	2	C. BOLETA/NOTAS	1	2	D. AYUDA	1	2	E. OBSERVACION	1	2	
	SI	NO																			
A. PARTICIPACION	1	2																			
B. REUNIONES	1	2																			
C. BOLETA/NOTAS	1	2																			
D. AYUDA	1	2																			
E. OBSERVACION	1	2																			
720	<p>PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE PUNTO:</p> <p>SI HAY PERSONAS PRESENTES, ESPECIFIQUE:</p> <p>SI ESTAN ESCUCHANDO (PRESENTE Y ESCUCHANDO)</p> <p>SI NO ESCUCHAN (PRESENTES PERO NO ESCUCHAN)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>ESCU- CHAN</th> <th>NO ESCU- CHAN</th> <th>NO PRE- SENTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS VARONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ESCU- CHAN	NO ESCU- CHAN	NO PRE- SENTES	NIÑOS MENORES DE 10	1	2	8	ESPOSO	1	2	8	OTROS VARONES	1	2	8			
	ESCU- CHAN	NO ESCU- CHAN	NO PRE- SENTES																		
NIÑOS MENORES DE 10	1	2	8																		
ESPOSO	1	2	8																		
OTROS VARONES	1	2	8																		
721	<p>A veces los esposos se molestan por las cosas que hacen las esposas.</p> <p>En su opinión, ¿se justifica que el esposo golpee a la esposa en las siguientes situaciones:</p> <p>A. Si ella sale de la casa sin decirselo a él?</p> <p>B. Si ella descuida o desatiende los hijos?</p> <p>C. Si ella discute con él?</p> <p>D. Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?</p> <p>E. Si ella deja quemar la comida?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. SALE SIN DECIRSELO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DESCUIDA HIJOS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. DISCUTE CON EL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. NIEGA A TENER RELACIONES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. DEJA QUEMAR COMIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A. SALE SIN DECIRSELO	1	2	B. DESCUIDA HIJOS	1	2	C. DISCUTE CON EL	1	2	D. NIEGA A TENER RELACIONES	1	2	E. DEJA QUEMAR COMIDA	1	2	
	SI	NO																			
A. SALE SIN DECIRSELO	1	2																			
B. DESCUIDA HIJOS	1	2																			
C. DISCUTE CON EL	1	2																			
D. NIEGA A TENER RELACIONES	1	2																			
E. DEJA QUEMAR COMIDA	1	2																			

SECCIÓN 8. SIDA Y OTRAS E.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
801	¿Usted ha oído hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA?	<table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>VIH.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>SIDA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SI	NO	VIH.....	1	2	SIDA.....	1	2								
	SI	NO																	
VIH.....	1	2																	
SIDA.....	1	2																	
801A	<p>VERIFIQUE 801:</p> <p align="center"> POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> </p>		817																
801B	¿De qué fuentes de información ha aprendido usted más sobre el SIDA? ¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISIÓN..... B PERIÓDICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIA..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARIENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELÍCULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS..... L OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z																	
804	¿Puede una persona reducir su riesgo de adquirir el virus del SIDA si sólo tiene una pareja que a su vez no tiene otra pareja, es decir que se son mutuamente fieles?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
805	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA de picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
806	¿Puede una persona reducir su riesgo de adquirir el virus del SIDA si usa condones cada vez que tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
807	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
807A	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA si comparte jeringas, navajas de afeitar, cortauñas u otro objeto cortante?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
809	¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
810	¿Conoce usted personalmente a alguien que tiene el virus que causa el SIDA o conoce a alguien que ha muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
811	¿El virus de VIH (que causa el SIDA), puede ser transmitido de una madre infectada al niño?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	812A 812A																
812	El virus SIDA puede transferirse de la madre al niño: ¿Durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante la lactancia?	<table> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																
812A	<p>VERIFIQUE DE 804 A 812:</p> <p> NINGUN "SI" <input type="checkbox"/> ALGUN "SI" <input type="checkbox"/> </p> <p> ¿Hay algo que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? ¿Hay algo más que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA (VIH)? </p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	812A 812A																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
812B	<p>Dígame todo lo que puede hacer.</p> <p>¿Algo más?</p> <p>ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA Y CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE</p> <p>ABSTENERSE DE TENER SEXO..... A</p> <p>USAR CONDÓN EN TODAS LAS PRÁCTICAS SEXUALES..... B</p> <p>SER UNA PAREJA MUTUAMENTE FIEL..... C</p> <p>LIMITAR NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES..... D</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE TIENEN MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES..... F</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... G</p> <p>EVITAR TENER REL. SEX. CON PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INTRAVENOSAS..... H</p> <p>EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I</p> <p>EVITAR INYECCIONES..... J</p> <p>EVITAR COMPARTIR JERINGAS/NAVAJAS DE AFEITAR..... K</p>	<p>EVITAR LOS BESOS..... L</p> <p>EVITAR LA PICADURA DE MOSQUITOS..... M</p> <p>BUSCAR LA PROTECCIÓN DE CURANDERO..... N</p> <p>USAR ÓVULOS, ESPERMICIDAS, CREMAS VAGINALES..... O</p> <p>EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS..... P</p> <p>NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL. SEXUAL..... Q</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
812C	<p>¿Piensa usted que su riesgo de adquirir el SIDA es alto, moderado, mínimo o no tiene ningún riesgo?</p>	<p>ALTO..... 1</p> <p>MODERADO..... 2</p> <p>MINIMO..... 3</p> <p>NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4</p> <p>TIENE SIDA..... 5</p> <p>NO SABE..... 8</p>	<p>812E</p> <p>812E</p> <p>812F</p> <p>812F</p>
812D	<p>¿Por qué cree que tiene ningún (mínimo) riesgo de contraer el SIDA?</p> <p>¿Tiene otras razones?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS</p>	<p>NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... A</p> <p>UTILIZA CONDONES SIEMPRE..... B</p> <p>TIENE UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL..... C</p> <p>TIENE POCOS COMPAÑEROS SEXUALES..... D</p> <p>ESPOSO NO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL..... E</p> <p>NO TIENE O NO HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... F</p> <p>NO HA TENIDO TRANSFUSION DE SANGRE.... G</p> <p>EVITA INYECCIONES..... H</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	<p>812F</p>
812E	<p>¿Por qué cree que tiene un riesgo alto (moderado) de contraer el SIDA?</p> <p>¿Tiene otras razones?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS</p>	<p>NO UTILIZA CONDONES SIEMPRE..... C</p> <p>TIENE MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL..... D</p> <p>TIENE MUCHOS COMPAÑEROS SEXUALES... E</p> <p>ESPOSO TIENE OTRA COMPAÑERA SEXUAL... F</p> <p>TIENE O HA TENIDO RELACIONES HOMOSEXUALES..... G</p> <p>TUVO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... H</p> <p>SE PUSO INYECCIONES..... I</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
812F	<p>¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus del VIH?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>813</p>
812G	<p>¿Alguna vez se ha hecho la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>813</p>
812H	<p>Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió consejería antes del examen de laboratorio?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
812I	<p>¿Usted conoció los resultados del examen de laboratorio?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>813</p>
812J	<p>Cuando a usted le entregaron los resultados ¿le brindaron consejería?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
813	<p>VERIFIQUE 501:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/></p> <p>NO EN UNION <input type="checkbox"/></p>		<p>815</p>
814	<p>¿Alguna vez, usted ha hablado con su esposo (compañero) de las maneras de prevenir el SIDA?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
815	Si algún miembro de su familia contrajera el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816	Si un pariente suyo se llega a enfermar con el virus que causa el SIDA, ¿estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en su propio hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
816A	Si un profesor tiene una infección por VIH o SIDA, ¿se le debe permitir a él o ella continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816B	En caso de que una persona tenga la infección por VIH o SIDA, ¿usted cree que el empleador lo debe despedir por esta causa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
817	(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2	819A
818	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que UN HOMBRE</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL A SANGRE EN LA ORINA..... J SECRECIÓN O PUS POR EL PENE..... B PÉRDIDA DE PESO..... K SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C IMPOTENCIA..... L ARDOR O DOLOR AL ORINAR..... D INFERTILIDAD/NO PODER TENER HIJOS..... M ENROJECIMIENTO EN GENITALES... E OTRO: X INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F (ESPECIFIQUE) ULCERAS/LLAGAS O GRANOS EN GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H NO HAY SÍNTOMAS..... Y PICAZON EN LOS GENITALES I NO SABE..... Z		
819	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. <u>que UNA MUJER</u> tiene una enfermedad de transmisión sexual? ¿Algún otro síntoma? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL..... A SANGRE EN LA ORINA..... J SECRECIÓN DE FLUJO POR LA VAGINA..... B PÉRDIDA DE PESO..... K SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C DIFICULTAD EMBARAZARSE/TENER HIJO.... L ARDOR O DOLOR AL ORINAR..... D FALTA DE DESEO SEXUAL M ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN GENITALES... E OTRO: X INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN GENITALES..... F (ESPECIFIQUE) ULCERAS/LLAGAS O GRANOS EN GENITALES..... G VERRUGAS GENITALES..... H NO HAY SÍNTOMAS..... Y PICAZON EN LOS GENITALES..... I NO SABE..... Z		
819A	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud en los últimos 12 meses. Por favor dígame si en el último año ha experimentado alguno de los siguientes síntomas: A. ¿Ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor? B. ¿Dolor en el bajo vientre ? C. ¿Llagas o granos en sus partes íntimas?	SI NO ARDOR O COMEZÓN..... 1 2 DOLOR BAJO VIENTRE..... 1 2 LLAGAS / GRANOS..... 1 2	
819B	VERIFIQUE 817 HA OIDO HABLAR DE LAS ETS <input type="checkbox"/> NO HA OIDO HABLAR DE LAS ETS <input type="checkbox"/> → 901		
819C	¿Le han diagnosticado a Ud. alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 3 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	901
819D	La última vez que usted tuvo esa infección o una enfermedad de transmisión sexual, hizo algo de los siguiente: A. ¿Buscó consejo o tratamiento de un médico en un hospital, clínica o consultorio particular? B. ¿Buscó consejo o medicina de un curandero tradicional? C. ¿Buscó consejo en una farmacia o botica? D. ¿Pidió consejo a algún amigo o pariente? E. ¿Se autorrecetó?	SI NO MÉDICO..... 1 2 CURANDERO..... 1 2 FARMACIA/BOTICA..... 1 2 AMIGO/PARENTE..... 1 2 AUTORRECETÓ..... 1 2	

SECCIÓN 9. EXPOSICIÓN A MENSAJES DE LA ESTRELLA AZUL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
901	En los últimos seis meses ¿Ha escuchado o visto algún mensaje sobre lavado de manos, letrinas o uso de cloro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 903 → 903
902	¿En dónde vio o escuchó estos mensajes? ¿Dónde más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	EN EL RADIO..... A EN TELEVISIÓN..... B EN CENTRO DE SALUD..... C REUNION COMUNITARIA..... D VISITA DEL BUS AZUL..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO SE ACUERDA..... Z	
903	¿Ha visto alguna vez esta figura? MOSTRAR LOGOTIPO DE LA ESTRELLA AZUL	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	→ 905 → 905
904	¿Qué significa o con qué relaciona esta figura? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	LAVADO DE MANOS..... A USAR LAS LETRINAS..... B CLORAR EL AGUA..... C BUS AZUL..... D ELIMINAR BASURA..... E MANTENER LIMPIA LA CASA..... F OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO SE ACUERDA..... Z	
905	En los últimos seis meses ¿ha visto o escuchado los mensajes de la Estrella Azul o de un país limpio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8	→ 918 → 918
906	¿Dónde escuchó o vio esos mensajes? ¿Dónde más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	EN EL RADIO..... A EN TELEVISIÓN..... B EN CENTRO DE SALUD..... C REUNION COMUNITARIA..... D VISITA DEL BUS AZUL..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SE ACUERDA..... Z	
907	¿Cuáles de esos mensajes recuerda? ¿Qué más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	LAVARSE LAS MANOS: ANTES DE COMER..... A ANTES DE PREPARAR ALIMENTOS..... B DESPUÉS DE USAR LA LETRINA/DEFECAR..... C DESPUÉS DE CAMBIAR EL PAÑAL AL NIÑO..... D LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN..... E SECARSE LAS MANOS CON TOALLA O TRAPO LIMPIO..... F LA SALUD ESTÁ EN TUS MANOS..... G EL FUTURO DE MIS HIJOS ESTA EN MIS MANOS.... H HAY QUE USAR LAS LETRINAS..... I MANTENER LIMPIA LAS LETRINAS..... J CLORAR EL AGUA..... K USAR CLORO PARA PURIFICAR AGUA..... L TAPAR EL RECIPIENTE DONDE GUARDAMOS EL AGUA..... M SERVIR EL AGUA CON CUCHARÓN O POCILLO.... N OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... Y	
908	El haber escuchado estos mensajes de la Estrella Azul ¿le motivó a conversar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2	→ 910
909	¿Con quien conversó? (INDAGUE) ¿Con quién más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS	PAREJA..... A AMIGOS/AS..... B PADRES..... C HERMANOS/AS..... D HIJOS/AS..... E OTROS FAMILIARES..... F VECINA/O..... G TRABAJADOR DE SALUD..... H BRIGADISTA/PROMOTOR DE LA COMUNIDAD..... I PROMOTOR DE ONG..... J LÍDER DE LA COMUNIDAD..... K MIEMBRO DE COMITÉ COMUNITARIO..... L OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A								
910	¿Tomó usted alguna decisión o hizo algo como resultado de haber visto o escuchado esos mensajes?	SI..... 1 NO..... 2	912								
911	<p>¿Qué hizo Usted como resultado de haber escuchado o visto estos mensajes?</p> <p>(INDAGUE) ¿Qué más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS</p>	<p>LAVARSE LAS MANOS:</p> <p>ANTES DE COMER..... A</p> <p>ANTES DE PREPARAR ALIMENTOS..... B</p> <p>DESPUÉS DE USAR LA LETRINA/DEFECAR..... C</p> <p>DESPUÉS DE CAMBIAR EL PAÑAL AL NIÑO..... D</p> <p>ENSEÑO A LOS NIÑOS A LAVARSE LAS MANOS..... E</p> <p>COLORAR EL AGUA..... F</p> <p>PIDIO CLORO EN EL CENTRO DE SALUD..... G</p> <p>USAR SIEMPRE LA LETRINA..... H</p> <p>VIGILAR QUE NIÑOS USEN LA LETRINA..... I</p> <p>ACOMPañAR AL NIÑO A LA LETRINA..... J</p> <p>NIÑO USA BACINILLA..... K</p> <p>USAR JABÓN PARA LAVARSE..... L</p> <p>USAR TOALLA O TRAPO LIMPIO PARA SECARSE... M</p> <p>TAPAN POCILLO O CUCHARÓN PARA SACAR EL AGUA DE BEBER..... N</p> <p>PARTICIPÓ EN JORNADA DE LIMPIEZA..... O</p> <p>LIMPIARON/MANTIENE LIMPIA LA CASA..... P</p> <p>OTRO..... X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NADA..... Y</p>									
912	Le voy a leer unas frases para que usted las complete, por favor:										
912A	Un país limpio es.....	UN PAÍS ESTRELLA..... 1 OTRA..... 2 NO SABE/NO CONTESTA..... 8									
913	Yo tenía una estrella en la mano y era en.....	MI NICARAGUA NATAL..... 1 OTRA..... 2 NO SABE/NO CONTESTA..... 8									
914	La salud está en	TUS MANOS 1 OTRA..... 2 NO SABE/NO CONTESTA..... 8									
915	Dale vida a.....	EL FUTURO DE TUS HIJOS..... 1 OTRA..... 2 NO SABE/NO CONTESTA..... 8									
916	Alto al cólera.....	PODEMOS EVITARLO..... 1 OTRA..... 2 NO SABE/NO CONTESTA..... 8									
917	<p>¿Qué otros mensajes recuerda haber visto en los últimos seis meses sobre jabón o cloro?</p> <p>INDAGUE: ¿Qué otro?</p>	<p>COLORO MAGIA BLANCA..... A</p> <p>DETERGENTE XEDEX..... B</p> <p>JABÓN MARFIL..... C</p> <p>JABÓN PALMOLIVE..... D</p> <p>OTRO..... X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUNO..... Y</p>									
918	HORA DE FINALIZACION	<p>HORAS <table border="1" data-bbox="1219 1629 1279 1661"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>MINUTOS ... <table border="1" data-bbox="1219 1661 1279 1690"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: _____

Comentarios sobre preguntas específicas: _____

Algún otro comentario: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

Nombre de la Critica de Campo: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:
EN CADA CASILLA DEBE APARECER UN SOLO CÓDIGO.
LA COLUMNA DEBE LLENARSE HASTA EL MES DE LA ENTREVISTA.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN LA COLUMNA:

Nacimientos, Embarazos y Terminaciones

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

	12	DIC		01
	11	NOV		02
	10	OCT		03
	09	SEP		04
2	08	AGO		05
0	07	JUL		06
0	06	JUN		07
1	05	MAY		08
	04	ABR		09
	03	MAR		10
	02	FEB		11
	01	ENE		12
<hr/>				
	12	DIC		13
	11	NOV		14
	10	OCT		15
	09	SEP		16
2	08	AGO		17
0	07	JUL		18
0	06	JUN		19
0	05	MAY		20
	04	ABR		21
	03	MAR		22
	02	FEB		23
	01	ENE		24
<hr/>				
	12	DIC		25
	11	NOV		26
	10	OCT		27
	09	SEP		28
1	08	AGO		29
9	07	JUL		30
9	06	JUN		31
9	05	MAY		32
	04	ABR		33
	03	MAR		34
	02	FEB		35
	01	ENE		36
<hr/>				
	12	DIC		37
	11	NOV		38
	10	OCT		39
	09	SEP		40
1	08	AGO		41
9	07	JUL		42
9	06	JUN		43
8	05	MAY		44
	04	ABR		45
	03	MAR		46
	02	FEB		47
	01	ENE		48
<hr/>				
	12	DIC		49
	11	NOV		50
	10	OCT		51
	09	SEP		52
1	08	AGO		53
9	07	JUL		54
9	06	JUN		55
7	05	MAY		56
	04	ABR		57
	03	MAR		58
	02	FEB		59
	01	ENE		60
<hr/>				
	12	DIC		61
	11	NOV		62
	10	OCT		63
	09	SEP		64
1	08	AGO		65
9	07	JUL		66
9	06	JUN		67
6	05	MAY		68
	04	ABR		69
	03	MAR		70
	02	FEB		71
	01	ENE		72