

CUESTIONARIO
ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD FAMILIAR
NICARAGUA 1992

CUESTIONARIO
NUMERO

A. IDENTIFICACION MUESTRAL

DEPARTAMENTO	___ ___
MUNICIPIO	___ ___
SECTOR CENSAL	___ ___
VIVIENDA No.	___ ___



DIRECCION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: _____

	B. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA				VISITA FINAL No. _____																
	1	2	3	4																	
Código de Entrevistadora	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___																
Fecha Visita	Dia ___ ___ Mes ___ ___	Dia ___ ___ Mes ___ ___	Dia ___ ___ Mes ___ ___	Dia ___ ___ Mes ___ ___	Dia ___ ___ Mes ___ ___																
Hora Inicial de la Entrevista:	Hora ___ ___ Min. ___ ___	Hora ___ ___ Min. ___ ___	Hora ___ ___ Min. ___ ___	Hora ___ ___ Min. ___ ___	Hora ___ ___ Min. ___ ___																
Resultado *	___	___	___	___	___																
<p>* Código de Resultado:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Completa</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">Rechazada</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Moradores ausentes</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">Rechaza parcial</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Entrevistada ausente</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">Vivienda desocupada</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">7</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">No elegible</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Otro _____</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">8</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(Especifique)</p>						Completa	1	Rechazada	5	Moradores ausentes	2	Rechaza parcial	6	Entrevistada ausente	3	Vivienda desocupada	7	No elegible	4	Otro _____	8
Completa	1	Rechazada	5																		
Moradores ausentes	2	Rechaza parcial	6																		
Entrevistada ausente	3	Vivienda desocupada	7																		
No elegible	4	Otro _____	8																		

C. OBSERVACIONES: _____

D. DATOS DE PROCESAMIENTO

	Código	Día	Mes
Digitado	___ ___	___ ___	___ ___

I. VIVIENDA

100.	¿Cuántas personas (incluyendo niños) residen habitualmente en esta vivienda?	No. TOTAL DE PERSONAS	—	—
		No. TOTAL DE HOMBRES	—	—
		No. TOTAL DE MUJERES	—	—
101.	¿De qué tipo de servicio de agua dispone en la casa?	1. Agua de paja (Dentro de la casa)		
		2. Agua de paja (Patio)		
		3. Puesto Público		
		4. Pozo Privado		
		5. Pozo Público		
		6. Río, lago o manantial		
		7. Agua lluvia		
		8. Compra particular de puesto, pipo, o vecino		
		88. Otro _____		
		(Especifique)		
		99. No sabe		
102.	¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta casa? (NO INCLUYE LA COCINA, EL BAÑO, NI LOS USADOS EXCLUSIVAMENTE PARA FINES COMERCIALES)		—	—
103.	¿Podría decirme si en esta vivienda tienen? (LEALE TODOS LOS ITEMS)		SI	NO
		a. Luz eléctrica	1	2
		b. Radio	1	2
		c. Televisión	1	2
		d. Refrigerador	1	2
		e. Teléfono	1	2
		f. Vehículo propio (con motor)	1	2
104.	¿Qué combustible usan generalmente para cocinar?	1. Electricidad		
		2. Gas propano (cilindro)		
		3. Kerosene (gas)		
		4. Leña		
		5. Carbón		
		6. No cocinan		
		8. Otro _____		
		(Especifique)		
105.	¿Qué clase de servicio sanitario tiene la casa?	1. No tiene		
		2. Letrina (Pompom)		
		3. Inodoro (Servicio)		
		8. Otro _____		
		(Especifique)		
106.	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)	LADRILLO	1	
		EMBALDOSADO	2	
		CERAMICA	3	
		MADERA	4	
		TIERRA	5	
		OTRO _____	8	
		(ESPECIFIQUE)		

107. MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES (ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)	LADRILLO O CEMENTO	1
	ADOBE	2
	ESTAQUEO (TAQUEZAL)	3
	TABLA (MADERA)	4
	MINIFALDA	5
	BAMBÚ	6
	CARTON/PLASTICO	7
	OTRO	8
		ESPECIFIQUE

108. ¿Cuántas mujeres de 15 a 49 años de edad (mujeres en edad fértil: MEF) viven habitualmente en esta casa?

- SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA
 - SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA: ANOTAR EN RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSEGUIR EN ORDEN DESCENDENTE.

Nombre de la Mujer en Edad Fértil	Edad	Estado Civil (ANOTE CODIGO)	Ultimo grado escolar que aprobó (ANOTE CODIGO)
1.			.
2.			.
3.			.
4.			.
5.			.
6.			.
7.			.
8.			.

CODIGO ESTADO CIVIL:

- Unida 1
- Casada 2
- Viuda 3
- Separada 4
- Divorciada 5
- Soltera 6
- No Sabe 9

CODIGO EDUCACION: NIVEL GRADO 6 CURSO

- NINGUNO 0 0
- PRIMARIA 1 1 2 3 4 5 6 9
- SECUNDARIA 2 1 2 3 4 5 9
- SUPERIOR 3 1 2 3 4 5 6+ 9

Si, No Sabe—┘

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR

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

MEF SELECCIONADA _____

PARA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE NECESITA ENTREVISTAR DIRECTAMENTE A LA MEF SELECCIONADA

PIDA PERMISO DE ENTREVISTAR LA MEF SELECCIONADA A SOLAS.

SI ELLA NO ESTA, PONGA UN 3 PARA EL CODIGO DE RESULTADO EN LA PRIMERA PAGINA, Y ANOTE EL HORARIO CUANDO SE ENCUENTRA EN LA CASA EN SECCION C (OBSERVACIONES) DE LA PRIMERA PAGINA.

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
200.	¿Por favor dígame, en qué mes y año nació Ud.?	MES _ _ AÑO _ _	
201.	¿Entonces, qué edad cumplió en su último cumpleaños?	_ _	

EL AÑO DE NACIMIENTO (200) Y LA EDAD (201) DEBEN CORRESPONDER. SI NO CORRESPONDEN SE NECESITA CORREGIR Y CONTINUE. LAS EDADES QUE CORRESPONDEN A LOS AÑOS DE NACIMIENTO ESTAN LISTADOS AQUI. LA PRIMERA EDAD ES LA EDAD CORRECTA SI YA HA TENIDO SU CUMPLEAÑOS EN ESTE AÑO, Y LA SEGUNDA EDAD ES PARA MUJERES QUE TODAVIA NO HAN CELEBRADO SU CUMPLEAÑOS EN ESTE AÑO.

AÑOS Y EDADES PARA ENTREVISTAS EN 1992

AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD
42	50,49	48	44,43	54	38,37	60	32,31	66	26,25	72	20,19
43	49,48	49	43,42	55	37,36	61	31,30	67	25,24	73	19,18
44	48,47	50	42,41	56	36,35	62	30,29	68	24,23	74	18,17
45	47,46	51	41,40	57	35,34	63	29,28	69	23,22	75	17,16
46	46,45	52	40,39	58	34,33	64	28,27	70	22,21	76	16,15
47	45,44	53	39,38	59	33,32	65	27,26	71	21,20	77	15,14

AÑOS Y EDADES PARA ENTREVISTAS EN 1993

AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD	AÑO	EDAD
43	50,49	49	44,43	55	38,37	61	32,31	67	26,25	73	20,19
44	49,48	50	43,42	56	37,36	62	31,30	68	25,24	74	19,18
45	48,47	51	42,41	57	36,35	63	30,29	69	24,23	75	18,17
46	47,46	52	41,40	58	35,34	64	29,28	70	23,22	76	17,16
47	46,45	53	40,39	59	34,33	65	28,27	71	22,21	77	16,15
48	45,44	54	39,38	60	33,32	66	27,26	72	21,20	78	15,14

SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA CON ELLA Y REGRESE AL CUADRO EN LA PREVIA PAGINA PARA SELECCIONAR OTRA MEF. SI NO HAY OTRA MEF REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE CODIGO DE RESULTADO = 4, (NO ELIGIBLE).

202.	¿Cuál fue el grado más alto que Ud. aprobó y en qué nivel de estudios?	NIVEL	GRADO 6 CURSO
		NINGUNO . . . 0	0
		PRIMARIA . . . 1	1 2 3 4 5 6
		SECUNDARIA . . 2	1 2 3 4 5
		SUPERIOR . . . 3	1 2 3 4 5 6+
203.	¿Trabaja Ud. actualmente por dinero u otra forma de pago, (aunque sea en forma ocasional)?	Si 1	
		No 2	—————>205
204.	¿Trabaja fuera o dentro del hogar?	FUERA DEL HOGAR . . . 1	
		DENTRO DEL HOGAR . . . 2	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunt
205.	¿Escucha Ud. a un radio (aunque sea el radio de otra persona)?	Sí 1 No 2	—> 20
206.	¿A cual emisora escucha más?	Tiempo 1 Radio Ya 2 Radio Sandino 3 Radio Universidad 4 Ondas de Luz 5 Primerísima 6 Radio Católica 7 Radio Corporación 8 Voz de Nicaragua 9 La Minuto 10 Varias Emisoras 11 Otro 88 No Sabe 99	
207.	¿A que horas está Usted acostumbrada a escuchar el radio?	Antes de las 8:00 de la mañana 1 Entre las 8:00 y las 12:00 2 Entre las 12:00 y las 2:00 3 Entre las 2:00 y las 6:00 4 Despues de las 6:00 5 Varias horas 6 No sabe 9	
208.	¿Mira Ud. a la televisión (aunque sea la televisión de otra persona)?	Sí 1 No 2	—> 30
209.	¿A cual canal mira Ud. mas?	Varias Canales 96 No sabe 99	
210.	¿A que horas está acostumbrada a mirar la televisión?	Antes de las 8:00 de la mañana 1 Entre las 8:00 y las 12:00 2 Entre las 12:00 y las 2:00 3 Entre las 2:00 y las 6:00 4 Despues de las 6:00 5 Varias horas 6 No sabe 9	

PASE A 300

III. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Ahora voy a hacerle una serie de preguntas sobre los embarazos y partos que haya tenido, durante toda su vida, hasta la fecha.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	Pase a Pregunta
300.	¿Actualmente está Ud. embarazada?	Si 1 No 2 No sabe 9	>302
301.	¿Ha estado Ud. embarazada alguna vez?	Si 1 No 2	>304 >316
302.	¿Cuántos meses de embarazo tiene Ud.?	MESES — — No sabe 98	
303.	¿Es su primer embarazo?	Si 1 No 2	>312
304.	Ahora, hablando de sus hijos que se encuentran vivos, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud.?	A. HIJOS EN CASA — — B. HIJAS EN CASA — — C. TOTAL HIJOS EN CASA — — (SI NO TIENE ANOTE 00)	
305.	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos no viven con Ud.?	A. HIJOS FUERA DE CASA — — B. HIJAS FUERA DE CASA — — C. TOTAL HIJOS FUERA — — (SI NO TIENE ANOTE 00)	
306.	¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque hayan vivido solo poco tiempo?	SI 1 NO 2	>308
307.	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, han muerto?	A. HIJOS QUE MURIERON — — B. HIJAS QUE MURIERON — — C. TOTAL HIJOS MURIERON — —	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
308.	¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)? SI DICE QUE SI: PREGUNTELE SI EL NIÑO PRESENTO SIGNOS DE VIDA. SI PRESENTO SIGNOS DE VIDA CORRIJA LAS PREG. 306 Y 307.	SI NO	1 2 —————>310
309.	¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?	No. de MORTINATOS	—
310.	Muchas mujeres pierden sus niños antes de completar su sexto mes de embarazo. ¿Se le cayó a Ud. un niño alguna vez?	SI NO.	1 2 —————>312
311.	¿Cuántas pérdidas ha tenido antes de completar el sexto mes de embarazo?	No. de PERDIDAS	— —
312.	ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 300, 304C, 305C, 307C, 309 y 311. SI ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE (VEA 300), NO OLVIDE MARCAR <u>1</u> AQUI. SI NO ESTA EMBARAZADA MARQUE <u>0</u> AQUI. PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE: Ud. ha tenido en total. . .embarazos?	> 300. ACTUALMENTE EMBARAZADA 304C. TOTAL HIJOS EN CASA 305C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA 307C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON 309. MORTINATOS 311. PERDIDAS SUMA TOTAL DE EMBARAZOS	— — — — — — — — — — — — —
313.	¿Ha tenido partos múltiples? SI EL TOTAL DE EMBARAZOS NO COINCIDE Y ESTO NO SE DEBE A "NACIMIENTOS MULTIPLES" INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE.	NUMERO DE PARTOS MULTIPLES	—
314.	El último embarazo que Ud. tuvo (o tiene). ¿lo deseaba?	SI No No Sabe	1 —————>316 2 9 —————>316
315.	¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?	No quería tener más hijos . . . Quería esperar un poco más . . .	1 2

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
316.	¿Desea Ud. actualmente un embarazo?	Si 1 No 2 Actualmente embarazada 3 (VEA 300) No sabe 9	
317.	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla (menstruación)?	MESES — — Menos de un mes 00 Ya no menstrua 95 Nunca ha menstruado 96 Antes del último embar 97 No Recuerda 98	
<u>ENTREVISTADORA:</u> Marque lo correspondiente (Vea 310)			
318.	ENTREVISTADA NUNCA HA TENIDO UN ABORTO	1	—>324
	ENTREVISTADA HA TENIDO 1 O MAS ABORTOS	2	
319a.	¿La última vez que Ud. perdió un niño antes del sexto mes de embarazo, fue en que <u>més</u> y <u>año</u> ?	Año — — — — Mes — — — — NS/NR 9898	
319b.	¿Esta pérdida era espontaneo o provocado?	Espontaneo 1 Provocado 2 No Responde 9	—>321 —>321
320.	¿Quién le hizo el ultimo aborto?	Medico 1 Enfermera 2 Partera 3 Ella Misma 4 Amigo, Familiares . . 5 Otro _____ 8 (Especifique) No Responde 9	
321a.	¿Cuando tuvo Ud. este último aborto, tuvo complicaciones que necesitaron tratamiento?	Si 1 No 2	—>321
321b.	¿Ud. recibió antibioticos?	Si 1 No 2	—>321d
321c.	¿Por cuantos días?	Días — — — — No sabe/no recuerda 99	
321d.	¿Ud. recibió transfusiones de sangre?	Si 1 No 2	—>321
321e.	¿Por cuantos días?	Días — — — — No sabe/no recuerda 99	

No. PREGUNTAS

CODIGOS

Pase a
Pregunta

322a. ¿En que lugar le atendieron?

Hospital MINSA	1
Hospital INSS	2
Hospital Militar	3
Hospital particular	4
Clinica o médico particular	5
Casa de la partera	6
Propia casa con partera/ enfermera/médico	7
Propia casa con familiares	8
Otro _____ (Especifique)	88
No Sabe/No Responde	99

323

322b. ¿Cuántas noches quedó en el
hospital?

Noches
No Sabe/No Recuerda . 98

323a. ¿Tiene algun problema de salud
que todavia existe como resultado?

Si 1
No 2

>324

323b. ¿Que es el problema?

Dolor 1
Esterilidad 2
Infección 3
Otro _____ 8
(Especifique)

VEA: 312

CON UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS (304, 305C, 307C)

ENTREVISTADA CON 00 EMBARAZOS

(301 = 2)

SOLO EMBARAZO ACTUAL

(303 = 1)

SOLO TUVO MORTINATOS O PERDIDAS (309, 311)

1.
V

2.

3.
V

4.

CONTINUE CON 325

PASE A 400

25. ANOTE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 304C, 305C, 307C

304C. TOTAL HIJOS EN CASA ___

305C. TOTAL HIJOS FUERA DE CASA ___

307C. TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS QUE MURIERON ___

PARA CORROBORAR QUE DATOS ESTEN CORRECTOS, PREGUNTE:

Ud. ha tenido en total hijos nacidos vivos?

SUMA TOTAL NACIDOS VIVOS ___

Ahora, quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- ANOTE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA COLUMNA A, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 1 Y CONTINUE EN ORDEN DE NACIMIENTOS (DE MENOR A MAYOR).
- SI HUBIERA MAS DE 15 NACIDOS VIVOS TERMINE LA LISTA EN LA FILA 15.
- LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGISTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.

PREGUNTA 326	a. Que nombre le puso?	b. Es hombre o mujer?	c. En que mes y año nació?	d. Está vivo?	e. En que mes y año murió?	f. SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS. Si < DE 1 MES: MESES, SI > UN MES A < DE 2 AÑOS: Y AÑOS, SI DE 2 AÑOS O MAS
1 Ultimo Nacido		Hombre...1 Mujer...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	Si...1 (Pase a Fila 2) No...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
2 Penultimo Nacido		Hombre...1 Mujer...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	Si...1 (Pase a Fila 3) No...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
3 Tercero Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	Si...1 (Pase a Fila 4) No...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
4 Cuarto Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	Si...1 (Pase a Fila 5) No...2	Mes ___ Año ___ NS/NR...98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98

PREGUNTA 326	a. Que nombre e puso?	b. Es hombre o mujer?	c. En que mes y año nació?	d. Está vivo?	e. En que mes y año murió?	f. SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI > UN MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS, SI DE 2 AÑOS O MAS
5 Quinto Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 6) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
6 Sexto Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 7) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
7 Septimo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 8) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
8 Octavo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 9) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
9 Noveno Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 10) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
10 Decimo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 11) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 NS/NR.....98
11 Onceavo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 12) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
12 Doceavo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 13) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
13 Treceavo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 14) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
14 Catorceav Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a Fila 15) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98
15 Quinceavo Anterior		Hombre...1 Mujer...2	Mes _____ Año _____ NS/NR.....98	Si...1 (Pase a 327) No...2	Mes _____ Año _____ NS/NR..98	1 DIAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 9 NS/NR.....98

COMPARE EL NUMERO DE NACIMIENTOS LISTADOS EN ESTE CUADRO CON EL NUMERO EN PREGUNTA 325. SI NO CORRESPONDEN, CORRIJA Y CONTINUE.

PASE A 327

AUTOPSIA VERBAL

Pase a
Pregunta

No.	PREGUNTAS	CODIGOS
327.	<p>VEA 326:</p> <p>¿HAY HIJOS QUE MURIERON DESDE ENERO DE 1982 (columna e) Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD (columna f)?</p> <p>SI- <input type="checkbox"/></p> <p>CONTINUE CON 327.a</p>	<p>NO- <input type="checkbox"/></p> <p>PASE A 347</p>

327.a ¿CUANTOS HIJOS MURIERON DESDE ENERO DE 1982 Y ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS DE EDAD? _____

ULTIMO NIÑO QUE MURIO

328.	<p>ENTREVISTADORA: VEA 326 Y ANOTE EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y LA EDAD DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO.</p>	<p>NOMBRE _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>MES ____</p> <p>AÑO ____</p> <p>EDAD CUANDO MURIÓ</p> <p>1. DIAS ____</p> <p>2. MESES ____</p> <p>3. AÑOS ____</p>
------	--	--

Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO QUE MURIO):

329.	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació?	<p>MESES ____</p> <p>No recuerda 98</p>
330.	¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?	<p>Pequeño 1</p> <p>Normal 2</p> <p>Grande 3</p>
331.	¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?	<p>Si 1</p> <p>No 2 —————> 332</p>

331a. ¿Cual fue el accidente? _____

PASE A 337

332. En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta
333.	VEA:328		
	EL NIÑO MURIO ANTES DE 29 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/>	EL NIÑO MURIO DE 29 DIAS DE EDAD O MAS <input type="checkbox"/>	
	CONTINUE CON 334	PASE A 335	

SINTOMAS PARA NIÑO MENORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON

334.	a.	¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MINSA	1		
			-Clinica/hospital particular	2		
			-En casa con médico/enfemera	3		
			-En casa con partera	4		
			-En casa con familiares/amistades	5		
			-Sola	6		
			-Otro _____	88		
			(especifique)			
			-No sabe/no recuerda	98		
	b.	¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	Si	1		
			No	2		
			No recuerda	9		
	c.	Podría Ud. decirme si: [LEALE CADA PREGUNTA]	SI		NO	NS/NR
		¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1		2	9
		¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1		2	9
		¿Nació el niño de pies?	1		2	9
		¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1		2	9
		¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1		2	9
		¿Se veía azul el niño al salir?	1		2	9

o.	PREGUNTAS	CODIGOS		Pase a
		SI	NO	Pregunta
d.	Durante los días antes de morir:			NS/NR
	¿Podía el niño lactar?	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas		— —	
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
	¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
	¿Podía orinar?	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9
		↓		

(especifique)

PASE A 337

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		Pase a Pregunta
SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON				
335.	Durante la semana anterior a que muriera el niño:	SI	NO	NS/NR
	¿Podía lactar?	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva?	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
	¿Tenía temblor?	1	2	9
	¿Tenía escalofríos?	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente?	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel?	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios?	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS/NR
	¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas	—	—	
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía vómitos después de tener tos?	1	2	9
	¿Tenía el abdomen hinchado?	1	2	9
	¿Podía orinar?	1	2	9
	¿Tenía espalda rígida o arqueada?	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9
		↓		
			(especifique)	
	¿Cuál de las siguientes vacunas le habían puesto:?			
	- BCG (del nacimiento o de inscripción)	1	2	9
	- DPT (Triple)	1	2	9
	- POLIO	1	2	9
	- SARAMPION	1	2	9

PASE A 337

No.	CODIGOS		
336.	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL		
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE		
	Accidente 1		
	Prematuro/bajo peso al nacer 2		
	Tétanos neonatal 3		
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal 4	CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA
	Infección aguda de vías respiratorias 5	— —	— —
	Diarrea, deshidratación 6		
	Malaria 7		
	Sarampión 8		
	Tosferina 9		
	Meningitis 10		
	Anomalía congénitas 11		
	Otras complicaciones perinatales 12		
	Otro. 88		
	(éspecifique)		
	No especificado 98		

337. VEA 327.a
 UN SOLO HIJO FALLECIDO
 ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS

PASE A 347

MAS DE UN HIJO FALLECIDO ANTES
 DE CUMPLIR 5 AÑOS

CONTINUE CON 338

No. PREGUNTAS

CODIGOS

PENULTIMO NIÑO QUE MURIO

338. ENTREVISTADORA: VEA 326 Y ANOTE EL NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y LA EDAD DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO.

NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO
MES ____ ____
AÑO ____ ____
EDAD CUANDO MURIÓ
1. DIAS ____ ____
2. MESES ____ ____
3. AÑOS ____ ____

Ahora hablaremos de (NOMBRE DEL PENULTIMO NIÑO QUE MURIO):

339. ¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE DEL HIJO QUE MURIO) nació?

MESES ____ ____
No recuerda 98

340. ¿El tamaño del niño al nacer era pequeño, normal o grande?

Pequeño 1
Normal 2
Grande 3

341. ¿Murió el niño como resultado de un accidente (quemaduras, ahogado, caída, de automóvil, etc.)?

Si 1
No 2 —————> 342

341a. ¿Cual fue el accidente?

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE ENERO 1982, UTILICE OTRO CUESTIONARIO PARA ESTE NIÑO.

PASE A 347

342. En sus palabras, dígame qué es lo más importante que recuerda Ud. de la enfermedad del niño:

343. VEA:338

EL NIÑO MURIO ANTES
DE 29 DIAS DE EDAD

CONTINUE CON 344

EL NIÑO MURIO DE 29
DIAS DE EDAD O MAS

PASE A 345

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	Pase a Pregunta	
SINTOMAS PARA NIÑO MENORES DE 29 DIAS, QUE FALLECIERON				
344.	a. ¿Dónde tuvo el parto?	-Hospital o Maternidad MINSA	1	
		-Clinica/hospital particular	2	
		-En casa con médico/enfemera	3	
		-En casa con partera	4	
		-En casa con familiares/amistades	5	
		-Sola	6	
		-Otro _____	88	
		(especifique)		
		-No sabe/no recuerda	98	
	b. ¿Se rompió su "agua de fuente" un día ó más antes de dar a luz?	Si	1	
		No	2	
		No recuerda	9	
	c. Podría Ud. decirme si: [LEALE CADA PREGUNTA]	SI	NO	NS/NR
	¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	1	2	9
	¿Tenía fiebre alta, vómitos y/o diarrea en los últimos días antes del parto?	1	2	9
	¿Nació el niño de pies?	1	2	9
	¿Tuvieron que hacerle cesárea?	1	2	9
	¿Lloró el niño en los minutos después de nacer?	1	2	9
	¿Se veía azul el niño al salir?	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
		SI	NO	NS/NR
d.	Durante los días antes de morir:			
	¿Podía el niño lactar?	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
	¿Tuvo diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que lo normal?	1	2	9
	- Número de asientos en 24 horas	_____	_____	
	¿Tenía moco y sangre en la diarrea?	1	2	9
	¿Tenía vómitos?	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9
	¿Tenía la mollera hundida?	1	2	9
	¿Podía orinar?	1	2	9
	¿Tenía la espalda rígida o arqueada?	1	2	9
	¿Tenía convulsiones o espasmos?	1	2	9
	¿Podía abrir la boca para llorar?	1	2	9
	¿Tenía parálisis en las piernas?	1	2	9
	¿Tenía algún defecto en el cuerpo o la cabeza?	1	2	9
		↓		
(especifique)				

NOTA: SI LA ENTREVISTADA TUVIERA UN TERCER NIÑO MUERTO ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑOS DESDE ENERO 1982. UTILICE OTRO CUESTIONARIO PARA ESTE NIÑO.

PASE A 347

No.	PREGUNTAS	CODIGOS		
SINTOMAS PARA NIÑOS MAYORES DE 28 DIAS, QUE FALLECIERON				
		SI	NO	NS/NR
345.	Durante la semana anterior a que muriera el niño:			
	¿Podía lactar?	1	2	9
	¿Tenía respiración difícil, rápida o ruidosa?	1	2	9
	¿Tenía el pecho hundido?	1	2	9
	¿Tenía tos convulsiva?	1	2	9
	¿Tenía los labios azulados?	1	2	9
	¿Tuvo fiebre alta por más de dos días?	1	2	9
	¿Tenía temblor?	1	2	9
	¿Tenía escalofríos?	1	2	9
	¿Sudaba excesivamente?	1	2	9
	¿Tenía los ojos rojos y lagrimando?	1	2	9
	¿Tenía erupción en la piel?	1	2	9
	¿Tenía heridas en los labios?	1	2	9
	¿Tenía el pelo rojo y/o frágil?	1	2	9
	¿Tenía la piel seca y arrugada?	1	2	9
	¿Tenía los ojos hundidos?	1	2	9

No.	CODIGOS
346.	USO EXCLUSIVO PARA LA OFICINA CENTRAL
	CODIGOS DE CAUSAS DE MUERTE
	Accidente 1
	Prematuro/bajo peso al nacer 2
	Tétanos neonatal 3
	Trauma del nacimiento/asfixia perinatal 4
	Infección aguda de vías respiratorias 5
	Diarrea, deshidratación 6
	Malaria 7
	Sarampión 8
	Tosferina 9
	Meningitis 10
	Anomalía congénitas 11
	Otras complicaciones perinatales 12
	Otro 88
	_____ (especifique)
	No especificado 98

CAUSA PRIMARIA	CAUSA SECUNDARIA
— —	— —

CONTINUE CON 347

347. VEA 326 (columna c)

¿CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS
A PARTIR DE AGOSTO DE 1987?

400

0
1
2
3
4
5

3/68

REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS DESDE AGOSTO DE 1987 (REGISTRADOS EN LA PREGUNTA 326), AUNQUE NO ESTEN ACTUALMENTE VIVOS.

	1 ULTIMO	2 PENULTIMO	3 TERCER ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
348. VEA 326... NOMBRE:					
ESTA VIVO: (Columna D)	Vivo...1 Muerto...2	Vivo...1 Muerto...2	Vivo...1 Muerto...2	Vivo...1 Muerto...2	Vivo...1 Muerto...2
349. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE)?	___ meses 98 No Sabe	___ meses 98 No Sabe	___ meses 98 No Sabe	___ meses 98 No Sabe	___ meses 98 No Sabe
350. a ¿Cuanto pesó (NOMBRE) al nacer?	___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe	___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe	___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe	___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe	___ libras ___ onzas --> 351 98 No sabe
350. b ¿Pesó menos que cinco libras?	SI...1 No...2	SI...1 No...2	SI...1 No...2	SI...1 No...2	SI...1 No...2
351. ¿Tuvo Ud. algún control médico cuando estaba embarazada con (NOMBRE)?	SI...1 No...2 --> 355	SI...1 No...2 --> 355	SI...1 No...2 --> 355	SI...1 No...2 --> 355	SI...1 No...2 --> 355
352. ¿Dónde se hizo el control prenatal?	Ministerio de Salud...1 Clínica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm...3 En casa con partera...4 Otro...8 (Especifique)	Ministerio de Salud...1 Clínica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm...3 En casa con partera...4 Otro...8 (Especifique)	Ministerio de Salud...1 Clínica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm...3 En casa con partera...4 Otro...8 (Especifique)	Ministerio de Salud...1 Clínica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm...3 En casa con partera...4 Otro...8 (Especifique)	Ministerio de Salud...1 Clínica/hosp. particular...2 En casa con médico/enferm...3 En casa con partera...4 Otro...8 (Especifique)
353. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	Meses No recuerda...98	Meses No recuerda...98	Meses No recuerda...98	Meses No recuerda...98	Meses No recuerda...98

	1 ULTIMO	2 PENULTIMO	3 TERCER	4 CUARTO	5 QUINTO
354. ¿En total, cuántos controles prenatales tuvo?	Número controles No recuerda 98	Número controles No recuerda 98	Número controles No recuerda 98	Número controles No recuerda 98	Número controles No recuerda 98
355. Durante este embarazo, ¿Le vacunaron contra el tétanos, es decir, para proteger el niño de convulsiones después de nacer?	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }->357	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }->358	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }->358	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }->358	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9 }->358
356. ¿Cuántas veces le pusieron esta vacuna durante este embarazo?	Número vacunas.....->358 No sabe/no recuerda.9	Número vacunas.....->358 No sabe/no recuerda.9	Número vacunas.....->358 No sabe/no recuerda.9	Número vacunas.....->358 No sabe/no recuerda.9	Número vacunas.....->358 No sabe/no recuerda.9
357. ¿Le pusieron esta vacuna alguna vez en los últimos 10 años?	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9	SI.....1 No.....2 No sabe/no recuerda.9
358. ¿En que lugar tuvo su parto con (NOMBRE)?	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular.....2 En casa con médico/enfer.....3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/amistades.....5 Sola.....6 Otro.....8 (Especifique).....9 No sabe/no recuerda.....9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular.....2 En casa con médico/enfer.....3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/amistades.....5 Sola.....6 Otro.....8 (Especifique).....9 No sabe/no recuerda.....9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular.....2 En casa con médico/enfer.....3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/amistades.....5 Sola.....6 Otro.....8 (Especifique).....9 No sabe/no recuerda.....9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular.....2 En casa con médico/enfer.....3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/amistades.....5 Sola.....6 Otro.....8 (Especifique).....9 No sabe/no recuerda.....9	Ministerio de Salud.....1 Clínica/hosp. particular.....2 En casa con médico/enfer.....3 En casa con partera.....4 En casa con familiares/amistades.....5 Sola.....6 Otro.....8 (Especifique).....9 No sabe/no recuerda.....9
359. ¿Estaba sangrando en los últimos días antes del parto?	SI.....1 No.....2 NS/NR.....9	SI.....1 No.....2 NS/NR.....9	SI.....1 No.....2 NS/NR.....9	SI.....1 No.....2 NS/NR.....9	SI.....1 No.....2 NS/NR.....9
360. ¿Su parto fue normal (vaginal) o le tuvieron que operar (cesárea)?	Normal (vaginal).....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal).....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal).....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal).....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9	Normal (vaginal).....1 Cesárea.....2 NS/NR.....9

SI HAY OTRO NACIMIENTO DESDE AGOSTO DE 1987, REGRESE A 349
SI NO, CONTINUE A 361.

361. Ahora hablaremos de sus hijos actualmente vivos menores de 5 años de edad.
 ¿Podría mostrarme el carnet de vacunación para sus niños con menos de 5 años de edad?

REGISTRE INFORMACION SOLO PAR LOS NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS. SI EL NIÑO ESTA MUERTO SOLO PONGA SU NOMBRE EN EL ESPACIO "NOMBRE", Y SIGA CON EL NIÑO ANTERIOR.

REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA DOSIS, MES Y AÑO, CON ESPECIAL CUIDADO.
 SI NO HAY CARNET O TARJETA DE VACUNACION, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE.

NOMBRE:	1 ULTIMO		2 PENULTIMO		3 TERCER ANTERIOR		4 CUARTO ANTERIOR		5 QUINTO ANTERIOR	
	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR	Sf.....1 No.....2 -->PASE AL ANTERIOR
¿Tiene el Carnet?	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2	Sf.....1 No.....2
VACUNA Y DOSIS	TIENE ESTA DOSIS? Sf, Carnet.....1 Sf, madre.2 No.....3 NS, NR.....98 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO NS, NR.....98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sf, Carnet.....1 Sf, madre.2 No.....3 NS, NR.....98 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO NS, NR.....98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sf, Carnet.....1 Sf, madre.2 No.....3 NS, NR.....98 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO NS, NR.....98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sf, Carnet.....1 Sf, madre.2 No.....3 NS, NR.....98 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO NS, NR.....98 (b)	TIENE ESTA DOSIS? Sf, Carnet.....1 Sf, madre.2 No.....3 NS, NR.....98 (a)	FECHA DE ESTA DOSIS MES AÑO NS, NR.....98 (b)
BCC	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DPT - 1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DPT - 2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DPT - 3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DPT - R	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
POLIO - 1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
POLIO - 2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
POLIO - 3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
POLIO, Num de Vacunas	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SARAMPION	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	PASE A COLUMNA 2		PASE A COLUMNA 3		PASE A COLUMNA 4		PASE A COLUMNA 5		PASE A 362	

SI EL NIÑO HA TENIDO LA DOSIS (1 o 2), ANOTE LA FECHA O PONGA 98 SI NO SE RECUERDA LA FECHA.

AQUI, SE SELECCIONA UN SOLO NIÑO PARA PREGUNTAS SOBRE EL PERIODO DESPUES DEL PARTO. PRIMERO, REGISTRE TODOS LOS NIÑOS NACIDOS DESDE AGOSTO DE 1987 Y DESPUES SELECCIONE UNO USANDO CUADRO PARA SELECCION.

Registre todos los niños nacidos desde Agosto de 1987: (VEA 361)
(en orden de menor a mayor)

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

CUADRO PARA SELECCION DE UN SOLO NIÑO					
PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

362.

A. Número del Hijo Seleccionado: ____

B. Nombre del Hijo Seleccionado: _____

C. Está Vivo? Sí.....1
No.....2

Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre (NOMBRE - del hijo seleccionado en 362).

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
363.	¿Tuvo Ud. control médico o de obstetrix después del parto?	Si 1 No 2	—————> 366
364.	¿A los cuántos días después del parto tuvo Ud. el primer control médico?	No. DE DIAS ___ ___ PASADOS 90 DIAS (3 MESES) 91 No sabe/no recuerda 98	
365.	¿Dónde tuvo ese control?	Ministerio de Salud 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Clinica/médico particular 4 En casa con médico 5 En casa con partera 6 Otro _____ 8 (Especifique) No sabe/no recuerda 98	
366.	¿Después que nació [NOMBRE] lo llevó a control?	Si 1 No. 2	—————> 370
367.	¿Cuántas semanas tenía su hijo cuando lo llevó a control por primera vez?	SEMANAS ___ ___ Menos que una semana 00 No sabe/no recuerda 98	
368.	¿Lo llevó porque estaba enfermo o para un control del niño sano?	Estaba enfermo 1 Para control del niño sano 2 No sabe/no recuerda 9	
369.	¿A dónde lo llevó al control?	Ministerio de Salud 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Clinica/médico particular 4 En casa con médico 5 En casa con partera 6 Otro _____ 8 (Especifique) No sabe/no recuerda 98	
370.	¿Dió de mamar alguna vez a (NOMBRE)?	Si 1 No. 2	—————> 373
371.	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho?	Minutos (Si < una hora) . . . 1 ___ ___ Horas (Si < 24 horas) 2 ___ ___ Días (Si un día o más) 3 ___ ___	

372.	¿Por cuánto tiempo dió de mamar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES	—
		Menos que un mes	00
		Todavía le da pecho	94
		Hasta que murió	95
		NS, NR	98

PASE A 374

373.	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	Madre enferma/debil	1
		Niño(a) enfermo/debil	2
		Niño(a) murió	3
		Problemas de los pezones/seno	4
		Leche insuficiente	5
		Madre trabajando	6
		Niño rechazó	7
		Otro _____	8
		(Especifique)	

374.a	ESTA VIVO [NOMBRE]? (VEA 362)	Sí	1
		No	2 —————> 377

374.b	¿Vive (NOMBRE) con Usted actualmente?	Sí	1
		No	2 —————> 377

375. De vez en cuando los niños tienen diarrea, es decir asientos líquidos con mayor frecuencia que la normal en un día.

a.	¿Ha tenido (NOMBRE DEL NIÑO) diarrea en las últimas dos semanas? (INCLUYE HOY DIA)	Sí	1
		No	2 } —————> 376
		NS, NR	9 }

b.	¿Cuántos días le duró la diarrea?	No. de días	—
		Comenzó hoy	00
		NS, NR	98

c.	¿Los asientos tenían moco y/o sangre?	Sí	1
		No.	2
		NS, NR	9

d.	¿Durante la enfermedad tuvo? [LEA LAS ALTERNATIVAS]	SI	NO	NS/NR
	Piel seca y/o arrugada	1	2	9
	Ojos hundidos y secos	1	2	9
	Mollera hundida	1	2	9
	Labios secos	1	2	9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS			pase a pregunta
e.	¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?	Si	1		
		No	2	—————>	"j"
f.	¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/médico?	- Solo en casa	1	—————>	g
		- Centro de Salud/ médico	2		
		- Ambos	3		
		- NS/NR	9	—————>	g
f.2	¿Le llevó a una clínica del MINSA o una clínica particular?	Clínica MINSA	1		
		Clínica particular	2		
		NS/NR	9		
f.3	¿Cuánto gastó en la consulta incluyendo el costo de las medicinas?	Gratis	000		
		Cordobas	_____		
		NS/NR	999		
g.	¿Qué tratamiento recibió el niño?				
	(LEALE UNO A UNO)	SI	NO	NS/NR	
	1.ANTIBIOTICOS	1	2	9	
	2.ANTIDIARREICOS (Kaopectate, Kaomicin, Inmodium, etc.)	1	2	9	
	3.REMEDIOS (VAGOS)	1	2	9	
	4.SUERO ORAL	1	2	9	
	5.AGUITAS CASERAS	1	2	9	
	6.MEDICINA TRADICIONAL	1	2	9	
	7.TRATAMIENTO ENDOVENOSO	1	2	9	
	8.HOSPITALIZACION MAS DE 24 HORAS	1	2	9	
	9.OTROS TRATAMIENTOS (Especifique)	1	2	9	
h.	¿Durante la enfermedad Ud. le dió de tomar más líquidos, menos líquidos, o la misma cantidad que le da habitualmente?	Más Líquidos	1		
		Menos Líquidos	2		
		Misma Cantidad	3		
		NS, NR	9		

i. ¿Durante la enfermedad Ud. le aumentó, le disminuyó o le mantuvo igual la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da?	Aumentó	1	
	Disminuyó	2	
	Mantuvo Igual	3	
	Todavía no come	4	
	No sabe/no recuerda	9	

PASE A 376

j. ¿Por qué no hizo nada?	- No fue necesario, la diarrea no era grave, se mejoró solo . . .	1	
	- Descuido, no pensó que hacía falta	2	
	- Falta de recursos económicos	3	
	- No tenía remedios en casa	4	
	- No pudo llevar al niño al Centro de Salud/médico	5	
	- Servicios de Salud muy distantes	6	
	- Solo acaba de notar	7	
	- Otros _____ (Especifique)	8	
	- NS/NR	9	

376. De vez en cuando los niños suelen tener problemas respiratorios:

a. ¿En las últimas dos semanas (NOMBRE DE NIÑO) ha tenido alguno de estos síntomas o dolencias? (LEALE UNO A UNO)	SI	NO	NR	
1. Ojos rojos y/o lagrimeo	1	2	9	
2. Nariz tapada/moco líquido	1	2	9	
3. Estornudo	1	2	9	
4. Tos	1	2	9	
5. Fiebre alta o calentura	1	2	9	
6. Dolor de garganta	1	2	9	
7. Ronquera	1	2	9	

376. - CONTINUACION

8.	Dificultad para tragar (o alimentarse)	1	2	9
9.	Dolor de oídos (o secre- ciones del oído)	1	2	9
10.	Respiración rápida, rui- dosa o difícil	1	2	9
11.	Pecho hundido	1	2	9
12.	Labios azulados o morados	1	2	9
13.	Ausencia de respiración	1	2	9

(SI TODAS LAS RESPUESTAS DE 376.a TIENE CODIGO 2 6 9 PASE A 377)

376. b. Cuántos días duró esta enfermedad?

NUMERO DE DIAS	_____
MENOS DE UN DIA	00
MAS DE UN MES	33
NO RECUERDA	98

c. ¿Hizo Ud. algo para que el niño mejore?

Si	1	
No	2	→ "f"
NS, NR	9	→ 377

d. ¿Lo trató solamente en casa o le llevó al Centro de Salud/médico?

- Solo en casa	1	→ "e"
- Centro de Salud/médico	2	
- Ambos	3	
- NS/NR	9	→ "e"

d.2 ¿Le llevó a una clínica del MINSA o una clínica particular?

Clínica MINSA	1
Clínica particular	2
NS/NR	9

d.3 ¿Cuánto gastó en la consulta incluyendo el costo de las medicinas?

Gratis	000
Cordobas	_____
NS/NR	999

e. ¿Qué tratamiento recibió? (LEALE UNO A UNO)	SI	NO	NR	
Antibióticos	1	2	9	
Aspirina/antifebriles	1	2	9	
Antitusígenos/expectorantes/ mucolíticos	1	2	9	
Pastillas, jarabes, remedios (vagos)	1	2	9	
Inyecciones	1	2	9	
Le hospitalizaron	1	2	9	
Otro (Especifique) _____	1	2	9	

PASE A 377

f. ¿Por qué no hizo nada?

- No fue necesario, no era grave 1
- Descuido, no pensó que hace falta 2
- Falta de recursos 3
- No tenía remedios en casa 4
- No pudo llevar al niño al Centro de Salud/médico 5
- Servicios de Salud muy distantes 6
- Solo acaba de notar 7
- Otro _____ (Especifique) 8
- NS, NR 9

377. ¿ESTA VIVO EL ULTIMO NIÑO?
(VEA 362) SI 1
NO 2 —————> 380

ANOTE QUE EL ULTIMO PUEDE SER
EL MISMO NIÑO O UN NIÑO DIFFERENTE
QUE EL HIJO SELECCIONADO EN PREGUNTA 362.

NOMBRE DEL ULTIMO _____
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (378-383) SON PARA EL ULTIMO NACIMIENTO

378. ¿Todavía le está dando de mamar a (NOMBRE DEL ULTIMO)? SI 1
NO 2 —————> 380

379.a ¿Cuántas veces le ha dado de mamar en las últimas 24 horas? Veces _____
No sabe/no recuerda 98

379.b ¿En algún momento de ayer o de anoche le dio Ud. u otra persona a (NOMBRE DEL ULTIMO) algo de la siguiente?
(LEALE UNO A UNO) SI NO NR

Agua sola	1	2	9
Agua de hierbas	1	2	9
Jugo, agua con azúcar	1	2	9
Leche en polvo	1	2	9
Leche de vaca o cabra	1	2	9
Otros líquidos	1	2	9
Alimentos sólidos, pure	1	2	9

380. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió su menstruación? NO LE HA VUELTO 97
MESES _____

381. ¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)? SI (O EMBARAZADA) 1
NO 2 —————> PASE A 383

382. ¿Cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? MESES _____
EN EL MISMO MES 00

383. ¿Durante el parto de (NOMBRE) o en la semana después del mismo, fue operada para no tener más hijos o le hicieron la "ligadura"? Si, durante el parto 1
Si, en la semana siguiente 2
No 3
No sabe/No responde 9

No.	PREGUNTAS	CODIGOS	pase a pregunta
384.	MUESTRE EL SOBRE DE SUERO ORAL Y PREGUNTE:		
	a. Este es un sobre de suero oral. ¿Me puede decir para que se usa?	Sí, para diarrea 1 Sí, para la deshidratación o reponer líquidos 2 Sí, para otra enfermedad que no es diarrea 3 No 4	
	b. ¿Ha tenido suero oral en casa alguna vez?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	
	c. ¿En este momento, tiene Ud. suero oral en casa?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	
	d. ¿Lo ha usado alguna vez?	Sí 1 No 2 NS, NR 9	—————> 400 —————> 400
	e. ¿Por qué nunca ha usado suero oral?	Nunca le recetaron 1 Ya no hay, no dan 2 Es difícil conseguirlo 3 No sabe dónde hay o dan 4 No sirve, es malo 5 No confía en él 6 No le gusta al niño 7 No se le ocurrió 8 Decuido, se olvidó 9 Prefiere otro remedio 10 Falta de dinero 11 Queda lejos de conseguir 12 Otra _____ 88 (Especifique) NS, NR 99	

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

400-402

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

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

METODO ANTICONCEPTIVO (LEALE CADA METODO)	400. Conoce o ha oído hablar de... (SI NO HA OIDO PASE AL SIGUIEN- TE METODO)		401. Alguna vez ha usado? (SI NO HA USADO PASE AL SIGUIENTE METODO)		402. Usa actual- mente...? (últimos 30 días)	
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
1. Píldoras o pastillas anticonceptivas	1	2	1	2	1	2
2. DIU, espiral o T de cobre (aparato)	1	2	1	2	1	2
3. Condón o preservativo	1	2	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva	1	2	1	2	1	2
5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, cremas, tabletas, diafragma, óvulos)	1	2	1	2	1	2
6. Implante (Norplant)	1	2	1	2	1	2
7. Esterilización femenina o la operación para no tener hijos	1	2	1	2	1	2
8. Esterilización masculina o vasectomía (operación del varon)	1	2	1	2	1	2
9. Método de Billings o moco cervical	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, calendario o control del período menstrual	1	2	1	2	1	2
11. Retiro, (él se retira cuando va a terminar)	1	2	1	2	1	2
		↓ V		↓ V		↓ V
	PASE A 403		PASE A 403		PASE A 403	

403. VEA: 401/402/403

HA USADO PERO NO
USA ACTUALMENTE

NUNCA HA USADO METODOS

USA ALGUN METODO
ACTUALMENTE

1.
v

CONTINUE A 404

2.
v

PASE A 410

3.
v

PASE A 419

404. ¿Cuál fue el último método
que Ud.(o su pareja) usó?

Píldora	1
DIU	2
Condón	3
Inyección	4
Métodos vaginales	5
Norplant ó implante	6
Esterilización femenina	7
Esterilización masculina	8
Método Billings	9
Ritmo	10
Retiro	11
No sabe/no recuerda	98

Si es 7, esterilización femenina,
corrija 403 y pase a 419.

405. ¿Dónde obtuvo (se informó sobre)
(NOMBRE DEL METODO)?

Hospital o maternidad	
MINSA	1
Hospital INSS	2
Hospital Militar	3
Centros de Salud y similares MINSA	4
PROFAMILIA	5
IXCHEN	6
Clinica o médico privado	7
Partera	8
Farmacia o botica	9
Iglesia	10
Distribuidor comunitario	11
Ella misma o su compañero	12
Amiga/vecino/pariente	13
Otro	88
(Especifique)	
No sabe/No recuerda	98

406. ¿Por qué razón dejó de usar?	Para embarazarse	1
	Método no disponible	2
	Motivo religioso	3
	Tuvo efectos colaterales	4
	Otras razones de salud	5
	Miedo a efectos colaterales	6
	Sin relación	7
	Le quedó lejos	9
	No tuvo dinero para comprar	10
	Costo elevado, son caros	11
	Recomendación medica	12
	No fue eficaz	13
	El esposo/compañero se opuso	14
	Dificultad de uso	15
	Fatalismo, no vale la pena	16
	Descuido	17
	Le atendieron mal en la clínica	18
Esperaba mucho en la clínica	19	
Se siente vieja	20	
No le gusta usar	21	
Otro _____	88	
(Especifique)		
No sabe/no recuerda	98	
No responde	99	

407. ¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora	1
	DIU	2
	Condón	3
	Inyección	4
	Métodos vaginales	5
	Norplant ó implante	6
	Esterilización Masculina	8
	Método Billings	9
	Ritmo	10
	Retiro	11
	Otro _____	88
	(especifique)	
No sabe/no recuerda	98	

408. ¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	MES ____ AÑO ____	> 409
	No recuerda	98

408a. ¿Que edad tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	Edad	_____
	No sabe/no recuerda	98

409. ¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	NUMERO DE HIJOS VIVOS	_____
	No recuerda	98

410. ¿Podría Ud. actualmente quedar embarazada si así lo desea?	Si	1	> 412
	No	2	
	Actualmente Embarazada	3	> 413
	No sabe	9	> 412

411. ¿Cuál es la razón? que Ud. no puede embarazarse?	- Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos	1	} → 607
	- Menopausia	2	
	- Ya pasaron 2 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado	3	
	- Ya pasaron 2 años o más que no están usando anticonceptivo y no queda embarazada	4	
	- Sin relación sexual	5	} → 413
	- Actualmente embarazada	6	
	- Amamantamiento	7	} → 412
	- Otro _____	8	
(especifique)			

412. ¿Por qué no está usando Ud. algún método para evitar tener hijos?	- Para embarazarse	1
	- Método no disponible	2
	- Motivo religioso	3
	- Por efectos colaterales	4
	- Otras razones de salud	5
	- Miedo a efectos colaterales	6
	- Sin relación sexual	7
	- Falta de conocimiento de los métodos	8
	- Le queda lejos	9
	- No tiene dinero para comprar	10
	- Costo elevado, son caros	11
	- Recomendación médica	12
	- No es eficaz	13
	- El esposo/compañero se opone	14
	- Dificultad de uso	15
	- Fatalismo, no vale la pena	16
	- Descuido	17
	- Le atienden mal en la clínica	18
	- Espera mucho en la clínica	19
	- Se siente vieja	20
	- No le gusta usar	21
	- Postparto o amamantamiento	22
- Otro _____	88	
(especifique)		
- No sabe/no recuerda	98	
- No responde	99	

413. ¿En los próximos 12 meses le gustaría usar algún metodo para evitar tener hijos?	Si	1	→415
	No	2	
	No sabe/No responde	9	

414.	¿Por qué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro?	- Para embarazarse 1
		- Método no disponible 2
		- Motivo religioso 3
		- Por efectos colaterales 4
		- Otras razones de salud 5
		- Miedo a efectos colaterales 6
		- Sin relación sexual 7
		- Falta de conocimiento de los métodos 8
		- Le queda lejos 9
		- No tiene dinero para comprar 10
		- Costo elevado, son caros 11
		- Recomendación médica 12
		- No es eficaz 13
		- El esposo/compañero se opone 14
		- Dificultad de uso 15
		- Fatalismo, no vale la pena 16
		- Descuido 17
		- Le atienden mal en la clínica 18
		- Espera mucho en la clínica 19
		- Se siente vieja 20
		- No le gusta usar 21
		- Postparto o amamantamiento 22
		- Otro _____ . 88
		(especifique)
		- No sabe/no recuerda 98
		- No responde 99

PASE A 416

415.	¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar Ud. (o su pareja)?	Píldora 1
		DIU 2
		Condón 3
		Inyección 4
		Métodos vaginales 5
		Norplant ó implante 6
		Esterilización femenina 7
		Esterilización Masculina 8
		Método Billings 9
		Ritmo 10
		Retiro 11
		Otro _____ . 88
		(especifique)
		No sabe 98

416.	¿Sabe donde puede ir para conseguir métodos anti-conceptivos (este método) para evitar tener hijos?	Si 1
		No 2

—————> 500

417. ¿A qué lugar?	Hospital o maternidad	
	MINSA	1
	Hospital INSS	2
	Hospital Militar	3
	Centros de Salud y similares MINSA	4
	PROFAMILIA	5
	IXCHEN	6
	Clinica o médico privado	7
	Partera	8
	Farmacia o botica	9
	Iglesia	10
	Distribuidor comunitario	11
	Ella misma o su compañero	12
	Amiga/vecino/pariente	13
	Mercado	14
	Otro _____	88
	(Especifique)	
	No sabe/No Responde	98

418. ¿Cuanto tiempo tardaría Ud. para ir desde aquí a ese lugar?	Minutos	_____
	10 ó más horas	888
	No sabe	999

SI ES MENOS DE 10 HORAS
CODIFIQUE EN MINUTOS
(2 HORAS = 120 MINUTOS, ETC.)

PASE A 500

Está usando actualmente

419. VEA: 402	Píldora	1	} → 426
	DIU	2	
MARQUE EL METODO QUE USA (Si usa más que un metodo el más efectivo.)	Condón	3	
	Inyección	4	
	Métodos vaginales	5	
	Norplant ó implante	6	
	Esterilización femenina	7	} → 428
	Esterilización masculina	8	
	Método Billings	9	
	Ritmo	10	
	Retiro	11	

420. ¿En qué mes y año le operaron a Ud. (o su esposo/compañero)?	MES _____ AÑO _____	→ 421
	No recuerda	98

420a. ¿Que edad tenía cuando le operaron a UD. (o su esposo/compañero)?	EDAD	_____
	No sabe/No responde	98

421	¿Dónde le hicieron la operación?	Hospital o maternidad MINSA 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Centros de Salud y similares MINSA 4 PROFAMILIA 5 IXCHEN 6 SÍ MUJER 7 Clinica o médico privado 8 Otro _____ . 88 (especifique) No sabe/no recuerda 98	
422.	¿Qué razones tuvo para operarse?	Problemas económicos 1 Por razones de salud 2 Ya tenía suficientes hijos 3 Edad avanzada 4 Su trabajo no le permitía 5 No podía atender los hijos 6 Inestabilidad conyugal 7 No desea tener más hijos 8 Otro _____ . 88 (especifique) No sabe 98 No responde 99	
423.	¿Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con haber tenido la operación/vasectomía?	Definitivamente sí 1 Creo que sí 2 Creo que no 3 Definitivamente no 4	—————> 429 —————> 425
424.	¿Si tuviera que elegir ahora la esterilización o vasectomía, diría Ud. "Si" o "No"?	Si 1 No 2 No responde 9 [>SI 423 = 2, PASE A 429	—————> 429
425.	¿Por qué no se siente satisfecha? (INDAGAR)	- Tuvo nueva unión 1 - La operación le causó molestias 2 - Disminuyó su vida sexual 3 - Murió hijo(s) 4 - Tiene hijos mayores y quiere niño 5 - Hizo algo moralmente malo 6 - El esposo le trata diferente 7 - Se siente disminuida 8 Otro _____ . 88 (especifique) No sabe 98 No responde 99	

PASE A 429

426.	¿Dónde obtiene el método que usa actualmente?	Hospital o maternidad	
		MINSA	1
		Hospital INSS	2
		Hospital Militar	3
		Centros de Salud y similares MINSA	4
		PROFAMILIA	5
		IXCHEN	6
		Clinica o médico privado	7
		Partera	8
		Farmacia o botica	9
		Iglesia	10
		Distribuidor comunitario	11
		Ella misma o su compañero	12
		Amiga/vecino/pariente	13
Otro	88		
	(Especifique)		
	No sabe/No recuerda	98	

427.	¿Cuánto tiempo tarda Ud. normalmente para ir desde aquí a ese lugar?	Minutos	_____
		10 ó más horas	888
		No sabe	999

SI ES MENOS DE 10 HORAS
 CODIFIQUE EN MINUTOS
 (2 HORAS = 120 MINUTOS, ETC.)

428.	¿Está usted usando métodos para espaciar sus embarazos o porque no quiere más hijos?	Espaciar embarazos	1
		No quiere más	2
		No está seguro	9

429.	¿Cuál fue el primer método que Ud. (o su pareja) usó?	Píldora	1
		DIU	2
		Condón	3
		Inyección	4
		Métodos vaginales	5
		Implante (Norplant)	6
		Esterilización femenina	7
		Vasectomía	8
		Método Billings	9
		Ritmo	10
		Retiro	11
No recuerda	98		

430.	¿En qué mes y año comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	Mes _____ Año _____	_____ > 431
		No recuerda	98

430a.	¿Que edad tenía cuando comenzó a usar (NOMBRE METODO)?	EDAD	_____
		No sabe/no recuerda	98

431.	¿Cuántos hijos vivos tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	Hijos vivos	_____
		No recuerda	98

500.

VEA 402 o 419:
ELLA O SU PAREJA
ESTERILIZADA (0)

1.

V

PASE A 607

VEA 304 o 305:
NO TIENE HIJOS VIVOS

2.

V

PASE A 600

TIENE HIJOS VIVOS
Y NO ES ESTERILIZADA

3.

V

CONTINUE

501. ¿Desea Ud. tener más hijos?	Si	1	—————> 600
	No	2	
	No sabe	9	—————> 600

502. ¿Por qué no desea tener más hijos?	Problemas económicos	1	
	Por razones de salud	2	
	Ya tenía suficientes hijos	3	
	Se siente vieja	4	
	Su trabajo no le permitía	5	
	No puede atender los hijos	6	
	Inestabilidad conyugal	7	
	Otro _____ (especifique)	88	
	No sabe	98	
No responde	99		

503. ¿Estaría Ud. interesada en operarse para no tener más hijos o en que su pareja se opere?	Si	1	
	No	2	—————> 507

504. ¿Sabe Ud. dónde hacen la operación o donde pueden buscar información sobre la operación?	Si	1	
	No	2	—————> 600

505. ¿En qué lugar?	Hospital o maternidad		
	MINSA	1	
	Hospital INSS	2	
	Hospital Militar	3	
	Centros de Salud y similares MINSA	4	
	PROFAMILIA	5	
	IXCHEN	6	
	SÍ MUJER.	7	
	Clinica o médico privado	8	
	Otro _____ (Especifique)	88	
No sabe/No responde	98		

506. Señora, ya tiene todos los hijos que desea, tiene interes en operarse y sabe donde puede conseguir información relacionada con la operación, ¿por qué no ha ido a operarse?	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a la operación 1 - Miedo a efectos colaterales 2 - Tiene miedo de arrepentirse después 3 - Razones religiosas 4 - Sin relación sexual 5 - Intención de realizarlo postparto 6 - Costo muy elevado 7 - Rechazo del médico 8 - Barreras institucionales 9 - No tiene tiempo 10 - No le gusta 11 - Cerca de la menopausia 12 - Prefiere métodos reversibles 13 - Esposo/compañero se opone 14 - Es todavía muy joven 15 - Nunca pensó en ello 16 - Necesita mayor información sobre este método 17 - Otro _____ 88 <li style="padding-left: 40px;">(especifique) - No sabe 98 - No responde 99
--	---

PASE A 600

507. ¿Por qué no estaría Ud. interesada en operarse?	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a la operación 1 - Miedo a efectos colaterales 2 - Tiene miedo de arrepentirse después 3 - Razones religiosas 4 - Sin relación sexual 5 - Intención de realizarlo postparto 6 - Costo muy elevado 7 - Rechazo del médico 8 - Barreras institucionales 9 - No tiene tiempo 10 - No le gusta 11 - Cerca de la menopausia 12 - Prefiere métodos reversibles 13 - Esposo/compañero se opone 14 - Es todavía muy joven 15 - Nunca pensó en ello 16 - Necesita mayor información sobre este método 17 - Otro _____ 88 <li style="padding-left: 40px;">(especifique) - No sabe 98 - No responde 99
--	---

VI. PREFERENCIA EN SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

600.

VEA 403 (-3):
ESTA USANDO ANTICONCEPTIVO
ACTUALMENTE

1.

V

CONTINUE

VEA 413 (-1):
NO ESTA USANDO PER
DESEA USAR

2.

V

CONTINUE

VEA 413 (=2 o 9):
NO ESTA USANDO NINGUN
METODO Y NO DESEA USAR,
O YA ESTA ESTERILIZADA

3.

V

PASE A 607

601. ¿Qué día de la semana le
sería más conveniente
para recibir servicios de
planificación familiar?

Lunes	1
Martes	2
Miércoles	3
Jueves	4
Viernes	5
Sábado	6
Domingo	7
Fin de semana	8
Cualquier día	9
No sabe	98
No responde	99

602. ¿Qué hora del día le sería
más conveniente para
recibir servicios de
planificación familiar?

Antes de las 8:00 horas	1
8:00 a 9:59 horas	2
10:00 a 11:59 horas	3
12:00 a 1:59 horas	4
2:00 a 3:59 horas	5
4:00 a 6:00 horas	6
Después de las 6:00 horas	7
Varias horas diferentes	8
Cualquier hora	9
No sabe	98
No responde	99

603. ¿Qué preferiría: Recibir
servicios de planificación
familiar de un médico
hombre o de una médica
mujer, o de una partera?

Médico hombre	1
Médica mujer/enfermera	2
Partera	3
Le da igual	4
No sabe/no responde	9

604. ¿Qué preferiría Ud.?
(LEA LAS ALTERNATIVAS 1 y 2)

- Ir a una clínica de P.F. que le quede cerca, donde le conozca la gente	1
- Ir a una clínica de P.F. que le quede lejos, donde no le conozca la gente	2
- Ir a otro lugar	3
- No tiene preferencia	4
- No sabe/no responde	9

605.	En una consulta general de planificación familiar, ¿Aceptaría Ud. que le atendiera la enfermera especializada en vez del médico?	Si	1
		No	2
		No Importa	3
		No Sabe	9

606.	Si en su comunidad, una persona que no es médico o enfermera fuera adiestrada para entregar métodos anti-conceptivos, ¿Haría uso de esos servicios?	Si	1
		No	2
		No sabe	8
		No responde	9

AHORA QUISIERA SOLICITAR SU OPINION SOBRE ALGUNOS TEMAS QUE NOS INTERESAN.

607.	¿Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada? (LEA LAS ALTERNATIVAS 1-5)	- Una semana antes que la regla comience	1
		- Durante la regla	2
		- Un semana después que la regla comience	3
		- Dos semanas después que la regla comience	4
		- Tres semanas después que la regla comience	5
		- En cualquier tiempo	6
		- Otro _____	7
		(especifique)	
		- No sabe	8
		- No responde	9

POR FAVOR, INDIQUE SI ESTA DE ACUERDO O NO.

608.		Si	No	No Sabe
a.	¿Ud. cree que los niños deben recibir educación sexual en las escuelas?	1	2	8
b.	¿Ud. cree que los jóvenes deben recibir educación sexual en los colegios?	1	2	8
c.	¿Ud. cree que el gobierno debe ofrecer servicios de planificación familiar?	1	2	8
d.	¿Ud. cree que la Salud de las madres mejora cuando las parejas practican la P.F.?	1	2	8
e.	¿Ud. cree que despues de seis meses, ya no es preciso dar pecho a los bebes?	1	2	8

f. ¿Ud. cree que la salud de los niños mejora cuando las parejas practican la P.F.?

1 2 8

g. ¿Cree Ud. que deben existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes que ya tienen relaciones sexuales?

1 2 8

609. ¿Quién debería determinar el numero de niños que una pareja quiere tener?

Esposo/Compañero 1
 Esposa/Mujer 2
 La Pareja 3
 La Suegra 4
 El Medico 5
 Lo que mande Dios 6
 Otro _____ 8
 (especifique)

610. ¿Quién debería determinar cuando es el mejor tiempo para la mujer quedar embarazada de nuevo?

Esposo/Compañero 1
 Esposa/Mujer 2
 La Pareja 3
 La Suegra 4
 El Medico 5
 Lo que mande Dios 6
 Otro _____ 8
 (especifique)

611. ¿Quién debería decidir si una pareja utiliza métodos de planificación familiar?

Esposo/Compañero 1
 Esposa/Mujer 2
 La Pareja 3
 La suegra 4
 El medico 5
 Lo que mande Dios 6
 Otro _____ 8
 (especifique)

612. ¿Piensa que una persona puede estar contagiado del SIDA y no tener síntomas de la enfermedad?

Sí 1
 No 2
 Nunca ha oido hablar de SIDA . . . 3
 No cree que SIDA existe 4
 No Sabe 9

_____ > 700

613. ¿Cree Ud. que el SIDA se contagia por medio de:

(LEA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NS/NR
a. Besando en el rostro	1	2	9
b. Besando en la boca	1	2	9
c. Donando sangre/dando sangre	1	2	9
d. Recibiendo sangre(transfusion)	1	2	9
e. Dar la mano a una persona con SIDA	1	2	9
f. Relaciones sexuales entre los hombres	1	2	9
g. Relaciones sexuales entre un hombre y una mujer	1	2	9
h. Cuando los niños nacen de una madre con SIDA	1	2	9
i. Por la madre con SIDA que le da el seno a su bebe	1	2	9
j. Por la picada de un mosquito	1	2	9
k. Usando agujas o jeringas no descartables	1	2	9

4. ¿Existe cura para SIDA?

Sí	1
No	2
No Sabe	9

5. ¿Cree que Usted tiene algun riesgo de contraer el SIDA?

Sí	1
No	2

→ 700

6. ¿Diría que tiene mucho o poco riesgo?

Poco	1
Mucho	2
No Sabe	9

VII. NUPCIALIDAD Y SALUD DE LA MUJER

Ahora, vamos a hablar un poco más sobre Usted.

700.	¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, viuda, separada, divorciada o soltera?	Unida 1 Casada 2 Viuda 3 Separada 4 Divorciada 5 Soltera 6	_____ >704 _____ >702 _____ >703
701.	¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez?	Si 1 No 2	_____ >703 _____ >706
702.	¿En que mes y año falleció su marido o compañero?	Mes ____ Año _____ No recuerda 98	_____ >704 _____ >704
703.	¿En que mes y año se separó/ divorció Ud. la última vez?	Mes ____ Año _____ No recuerda 98	
704.	¿En qué mes y año se unió/casó con su <u>primer</u> compañero/marido?	Mes ____ Año _____ No recuerda 98	_____ > 706
705.	¿Qué edad tenía Ud. cuando se unió Ud. con su primer compañero o marido?	Edad ____ No recuerda 98	
706.	¿En que mes y año tuvo su primer relación sexual?	Mes ____ Año _____ No ha tenido relaciones . . . 22 22 No recuerda 98 98 No responde 99 99	_____ > 708 _____ > 711
707.	¿Que edad tenía Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por la primera vez?	Edad ____ No responde 99	
708.	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	Si 1 No 2 No responde 9	_____ >710 _____ >710
709.	¿Cuántas veces?	Veces ____ No recuerda 98 No responde 99	
710.	¿Hace cuánto tiempo tuvo relaciones sexuales la última vez?	Hace: días 1 semanas 2 meses 3 años 4 No recuerda 998 No responde 999	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

711. ¿Alguna vez tuvo Ud. un problema fuera de lo normal con la regla, el vientre, la vagina o la matriz?

Si	1	
No	2	—————>721
No sabe/ No responde	98	—————>721

712. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo un problema de ese tipo?

Mes__ __ año__ __	
No recuerda	98

713. ¿Cuales fueron los síntomas que Ud. tuvo? (LEALOS EN VOZ ALTA)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Menstruación atrasado	1	2
Dolor en el vientre	1	2
Mal olor	1	2
Fiebre alto	1	2
Cólicos fuertes	1	2
Hemorragia	1	2
Dolor al tener relaciones sexuales	1	2
Dolor al orinar	1	2
Comezón	1	2
Hemorroides (almorranas)	1	2
Otro _____	1	2
(Especifique)		

714. ¿Acudió Ud. a una persona para tratar el(los) problema(s)?

Si	1	
No	2	—————>721

715. ¿Quién trató su problema?

Medico	1	
Enfermera	2	
Curandero	3	} —————>721
Farmacista	4	
Amigo/Vecino/ Pariente	5	
Otro(a) _____	6	
(Especifique)		

716. ¿En que lugar le atendió?

Hospital o Maternidad	
MINSA	1
Hospital INSS	2
Hospital Militar	3
Centros de Salud y similares MINSA	4
Profamilia	5
IXCHEN	6
Clinica o Medico Particular	7
Otro _____	88
(Especifique)	

711.	¿Alguna vez tuvo Ud. un problema fuera de lo normal con la regla, el vientre, la vagina o la matriz?	Si 1 No 2 No sabe/ No responde . . . 98	—————>721 —————>721
712.	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo un problema de ese tipo?	Mes__ __ año__ __ No recuerda 98	
713.	¿Cuales fueron los síntomas que Ud. tuvo? (LEALOS EN VOZ ALTA)		
			<u>Sí</u> <u>No</u>
	Menstruación atrasado	1	2
	Dolor en el vientre	1	2
	Mal olor	1	2
	Fiebre alto	1	2
	Cólicos fuertes	1	2
	Hemorragia	1	2
	Dolor al tener relaciones sexuales	1	2
	Dolor al orinar	1	2
	Comezón	1	2
	Hemorroides (almorranas)	1	2
	Otro _____	1	2
	(Especifique)		
714.	¿Acudió Ud. a una persona para tratar el(los) problema(s)?	Si 1 No 2	—————>721
715.	¿Quién trató su problema?	Medico 1 Enfermera 2 Curandero 3 Farmacista 4 Amigo/Vecino/ Pariente 5 Otro(a) _____ 6	—————>721
		(Especifique)	
716.	¿En que lugar le atendió?	Hospital o Maternidad MINSA 1 Hospital INSS 2 Hospital Militar 3 Centros de Salud y similares MINSA . . . 4 Profamilia 5 IXCHEN 6 Clinica o Medico Particular 7 Otro _____ 88	
		(Especifique)	

717. ¿Que dijo el doctor que fue el problema?	Vaginitis/candidiasis 1	
	Enfermedad Sexualmente Transmisible (ETS) 2	
	Atraso Menstrual 3	
	Embarazo 4	
	No encontró un problema 5	
	Problema de la Vesícula Biliar 6	
	Infección de la Vejiga 7	
	Infección del Riñon 8	
	Endometriosis 9	
	Cancer del Utero/Cuello 10	
	Otro _____ 88	
	No sabe/no recuerda 98	
718. ¿Estaba Ud. satisfecha con el tratamiento?	Si 1	—————>720
	No 2	
719. ¿Por qué no?	Fue muy caro 1	
	Todavía está enferma 2	
	Preguntas no fueron contestadas bien . . . 3	
	El lugar/la clinica fue sucia 4	
	El lugar/la clinica le quedó lejos 5	
	No pudo comprar el medicamento indicado 6	
	Esperó demasiado tiempo 7	
	Otro _____ 88	
	(Especifique)	
720. ¿Cuánto pagó Usted por esa atención?	Gratis 0000	
	Cordobas _____	
	No recuerda 9898	
	No sabe 9999	
721. ¿Alguna vez un doctor le hizo a Ud. un examen vaginal (examen ginecológico)?	Si 1	
	No 2	—————> 724
722. ¿Cuándo le hizo ese examen por última vez?	Mes _____ Año _____	
	No sabe/no recuerda 98	
723. ¿Porque le hizo ese examen?	Revision normal 1	
	Revision antes de Poner un DIU 2	
	Estaba embarazada 3	
	Estaba con una secreción vaginal y mal olor 4	
	ETS 5	
	Papanicolau 6	—————>725
	Otro _____ 88	
	(Especifique)	
	No sabe/no recuerda 99	

24. ¿Le hicieron a usted alguna vez una prueba de cancer en la matriz (Papanicolau o el Pap)?

Si	1
No	2 —————> 729

25. ¿Cuándo le hicieron esa prueba por última vez?

Mes ___ AÑO ___

No sabe/no recuerda . . . 9898

26. ¿A donde fue para el examen de cancer (Papanicolau)?

Hospital o Maternidad MINSA	1
Hospital INSS	2
Hospital Militar	3
Centros de Salud y similares MINSA	4
Profamilia	5
IXCHEN	6
Clinica o Medico Particular	7
Otro _____	88

(Especifique)

27. ¿Fue avisado Ud. del resultado de la prueba?

Si	1
No	2 —————>729

28. ¿Cuánto tiempo pasó entre la toma de la prueba y cuando le avisaron del resultado?

días	1	___	___
semanas	2	___	___
meses	3	___	___
años	4	___	___
No recuerda			998

29. VEA A PREGUNTA 706

<p>ENTREVISTADA NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">V</p> <p>PASE A 735</p>	<p>ENTREVISTADA YA TUVO RELACIONES SEXUALES</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">CONTINUE</p>
--	---

30. A veces mujeres intentan embarazarse sin tener éxito, o tratan de embarazarse mucho tiempo antes de resultar un embarazo. Usted ha tenido ese problema alguna vez?

Si	1
No	2 —————>735

1. ¿En que mes y año comenzó ese problema la última vez?

Mes ___ Año ___

No recuerda . . . 9898

2. ¿Pasó cuantos meses sin quedar embarazada?

Meses	___	___
Nunca embarazó		97
No recuerda		98

3. ¿Consultó con un médico/enfermera para mejorar la situación?

Si	1
No	2 —————>735

734. ¿En que lugar hizo la consulta?	Hospital o maternidad	
	MINSA	1
	Hospital INSS	2
	Hospital Militar	3
	Centros de Salud y similares MINSA	4
	PROFAMILIA	5
	IXCHEN	6
	Clinica o médico privado	7
	Otro _____	8
	(especifique)	
No recuerda/no sabe	9	

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
735. ¿Alguna vez ha usado Usted los servicios de algunos de los siguientes cuando estaba enfermo o para un examen de salud? [LEALE UNO A UNO]	Hospital o maternidad		
	MINSA	1	2
	Hospital INSS	1	2
	Hospital Militar	1	2
	Centros de Salud y similares MINSA	1	2
	PROFAMILIA	1	2
	IXCHEN	1	2
	Clinica o médico privado	1	2
	Curandero (Medic. Trad.)	1	2

736.a ¿En los últimos tres meses ha estado enfermo tal que no pudiera hacer sus actividades regulares?	Sí	1	
	No	2	—————> 737

736.b ¿La última vez que eso pasó, cuantos días no pudo hacer sus actividades regulares?	Días	_____
	NS/NR	98

736.c ¿Para esta última enfermedad, acudió Ud. a alguien para consejo o tratamiento?	Sí	1	
	No	2	—————> 737

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
736.d ¿En que lugares le atendieron? [LEALE UNO A UNO]	Hospital o maternidad		
	MINSA	1	2
	Hospital INSS	1	2
	Hospital Militar	1	2
	Centros de Salud y similares MINSA	1	2
	PROFAMILIA	1	2
	IXCHEN	1	2
	Clinica o médico privado	1	2
	Curandero (Medic. Trad.)	1	2
	Otro _____ (especifique)	1	2

736.e ¿Cuánto gastó en total para la(s) consulta(s), incluyendo las medicinas?	Gratis	0000
	Cordobas	
	No recuerda	<u>9898</u>

737. Ahora quiero preguntarle sobre cuanto pagaría Usted en una clínica del gobierno para una consulta, incluyendo el costo de las medicinas.

(a) ¿Pagaría 75 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	→ 738
	No	2	
(b) ¿Pagaría 10 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	→ 738
(c) ¿Pagaría 50 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	→ 738
	No	2	
(d) ¿Pagaría 25 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	→ 738
(e) ¿Pagaría 35 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	

738. Ahora quiero preguntarle sobre cuanto pagaría Usted en una clínica del gobierno para una consulta, pero esta vez vamos a suponer que los servicios han mejorado. Casi nunca tendría que esperar más que una hora, los cuartos son limpios y siempre tendrían medicinas disponibles.

(a) ¿Pagaría 75 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	→ 739
	No	2	
(b) ¿Pagaría 10 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	→ 739
(c) ¿Pagaría 50 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	→ 739
	No	2	
(d) ¿Pagaría 25 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	→ 739
(e) ¿Pagaría 35 cordobas en total para la consulta, incluyendo el costo de medicinas?	Sí	1	
	No	2	

39 ¿Usted tiene o ha tenido hermanas?

Si 1
 No 2

→ 800

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanas de la misma madre. Fíjese que me refiero solamente a sus hermanas que también son hijas de su madre. Por favor, dígame los nombres de todas sus hermanas, incluyendo a las que ya fallecieron y a las que están viviendo en otra parte. Comencemos por la de más edad.

740 ¿Cuál es el nombre de su hermana de más edad, la siguiente de más edad, etc.? ANOTE EL NOMBRE	741 ¿(NOMBRE) está viva todavía? NO SABE=8 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	742. SI ESTA VIVA: ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	743. SI FALLECIO: ¿Hace cuantos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	744 ¿Cuantos años tenía (NOMBRE) cuando falleció? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	745 ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto?	746. ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas despues de finalizar el embarazo?	747. ¿Cuantos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
01 _____ _____ _____	Si 1 --- >742 No 2 --- >743 NO SABE 8 --- >FILA 02	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 02	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 --- >747 No 2 --- >746	Si 1 No 2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 02
02 _____ _____ _____	Si 1 --- >742 No 2 --- >743 NO SABE 8 --- >FILA 03	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 03	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 --- >747 No 2 --- >746	Si 1 No 2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 03
03 _____ _____ _____	Si 1 --- >742 No 2 --- >743 NO SABE 8 --- >FILA 04	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 04	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 --- >747 No 2 --- >746	Si 1 No 2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 04
04 _____ _____ _____	Si 1 --- >742 No 2 --- >743 NO SABE 8 --- >FILA 05	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 05	_____ AÑOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ AÑOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 --- >747 No 2 --- >746	Si 1 No 2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 05

740. ¿Cuál es el nombre de su hermana de más edad, la siguiente de más edad, etc.? ANOTE EL NOMBRE	741. ¿(NOMBRE) está viva todavía? NO SABE=8 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	742. SI ESTA VIVA ¿Que edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	743. SI FALLECIO ¿Hace cuantos años falleció (NOMBRE)? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	744. ¿Cuantos años tenía (NOMBRE) cuando falleció? NO SABE=98 (SOLO ACEPTE "NO SABE" EN CASOS EXTREMOS)	745. ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto?	746. ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas después de finalizar el embarazo?	747. ¿Cuantos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?
05 _____ _____ _____	Si 1 -->742 No 2 -->743 NO SABE...8 -->FILA 06	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 06	_____ ANOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ ANOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 -->747 No 2 -->746	Si...1 No...2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 06
06 _____ _____ _____	Si...1 -->742 No...2 -->743 NO SABE...8 -->FILA 07	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 07	_____ ANOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ ANOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si...1 -->747 No...2 -->746	Si...1 No...2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 07
07 _____ _____ _____	Si...1 -->742 No...2 -->743 NO SABE...8 -->FILA 08	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 08	_____ ANOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ ANOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 -->747 No...2 -->746	Si...1 No...2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 08
8 _____ _____ _____	Si 1 -->742 No 2 -->743 NO SABE...8 -->FILA 09	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 09	_____ ANOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ ANOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si 1 -->747 No 2 -->746	Si...1 No...2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 09
9 _____ _____ _____	Si 1 -->742 No 2 -->743 NO SABE...8 -->FILA 10	_____ EDAD NO SABE=98 PASE A FILA 10	_____ ANOS < 1 AÑO=00 NO SABE=98 CONTINUE CON 744	_____ ANOS NO SABE=98 CONTINUE CON 745	Si...1 -->747 No...2 -->746	Si...1 No...2 CONTINUE CON 747	_____ HIJOS(AS) NO SABE=98 PASE A FILA 10

VIII. LUGARES DE RESIDENCIA

Ahora, para terminar, quiero preguntarle sobre los lugares donde Ud. ha vivido.

800.	¿En que país nació Ud.?	Nicaragua	1	
		Otro país	8	→ 801

801.	¿En que departamento nació Ud.?	Estelí	1	
		Madriz	2	
		Nueva Segovia	3	
		León	4	
		Chinandega	5	
		Carazo	6	
		Granada	7	
		Masaya	8	
		Rivas	9	
		Chontales	10	
		Boaco	11	
		Matagalpa	12	
		Jinotega	13	
		Río San Juan	14	
		Zelaya	15	
Managua	16			
No Sabe/No Recuerda	98			

802.	¿Cual era su país de residencia hace cinco años?	Nicaragua	1	
		Honduras	2	
		El Salvador	3	
		Costa Rica	4	
		México	5	
		Guatemala	6	→ 805
		Panamá	7	
		Estados Unidos	8	
		Otro	88	
	(especifique)			
No Sabe/No Recuerda	98			

803.	¿Cual era el departamento de su residencia hace cinco años?	Estelí	1	
		Madriz	2	
		Nueva Segovia	3	
		León	4	
		Chinandega	5	
		Carazo	6	
		Granada	7	
		Masaya	8	
		Rivas	9	
		Chontales	10	
		Boaco	11	
		Matagalpa	12	
		Jinotega	13	
		Río San Juan	14	
		Zelaya	15	
Managua	16			
No Sabe/No Recuerda	98	→ 805		

804. ¿El lugar donde vivía hace cinco años era una cabecera departamental, cabecera municipal, u otro?	Cabecera Departamental	1
	Cabecera Municipal	2
	Otro	3
	No Sabe/No Recuerda	98

805. Hora de finalización de la Entrevista Hora ___ ___ Minutos ___ ___

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

 NO SE OLVIDE DE PONER SU CODIGO DE ENTREVISTADORA.
 ¡GRACIAS!