

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1993/1994

ENDSA II

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION

--	--	--	--

--	--	--

2

--	--

PAQUETE

VIVIENDA CUEST. MUJER

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

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																											
101	ANOTE LA HORA.	HORAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																												
102	Para empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de usted y su hogar. Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo, en la capital o en una ciudad grande, en una ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, o en el campo?	EN LA CAPITAL O EN UNA CIUDAD GRANDE.... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA 2 PUEBLO 3 CAMPO 4																												
105	¿En que mes y año nació usted?	MES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NO SABE MES 98 AÑO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NO SABE AÑO 98																												
106	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																												
106A	COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN.																													
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI 1 NO 2 → 114																												
108	¿Cual es el último curso y nivel (de instrucción) alcanzado por usted? <div style="text-align: center;"> CODIGOS PARA CURSO 0 Ninguno 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero 4 Cuarto 5 Quinto 6 Sexto 7 Egresado/Titulado </div>	<table style="width:100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE CURSO</th> </tr> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>BASICO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>INTERMEDIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>MEDIO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR.....</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></td> </tr> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE CURSO	NINGUNO.....	0	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table>	PRIMARIA.....	1	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	SECUNDARIA.....	2	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	BASICO.....	3	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	INTERMEDIO.....	4	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	MEDIO.....	5	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	SUPERIOR.....	6	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	OTRO	7	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE CURSO																												
NINGUNO.....	0	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table>																												
PRIMARIA.....	1	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
SECUNDARIA.....	2	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
BASICO.....	3	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
INTERMEDIO.....	4	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
MEDIO.....	5	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
SUPERIOR.....	6	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
OTRO	7	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>																												
110	VEA 106: TIENE 24 AÑOS O MENOS: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> TIENE 25 AÑOS O MAS: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		→ 113																											
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza formal (como ser: escuela, colegio, universidad, normal, CEMA, etc)?	SI 1 → 113 NO 2																												

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
112	¿Cuál fue la principal razón por la cual usted dejó de asistir?	QUEDO EMBARAZADA..... 01 SE CASO..... 02 TENIA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PUDO PAGAR LA PENSION..... 05 NECESITABA GANAR DINERO..... 06 SE GRADUO/SUFICIENTE ESCOLARIDAD..... 07 MALAS CALIFICACIONES..... 08 NO LE GUSTABA LA ESCUELA..... 09 ESCUELA NO ACCESIBLE/MUY LEJOS..... 10 OTRAS RAZONES..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
113	VEA 108: ESCUELA PRIMARIA: <input type="checkbox"/> O BASICO SECUNDARIA (INTERMEDIO) <input type="checkbox"/> O SUPERIOR		115
114	¿Puede usted leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o le resulta imposible?	FACILMENTE..... 1 CON DIFICULTAD..... 2 IMPOSIBLE..... 3	116
115	¿Lee usted un periódico por lo menos una vez a la semana?	SI..... 1 NO..... 2	
116	¿Escucha radio todos los días?	SI..... 1 NO..... 2	
117	¿Mira televisión al menos una vez por semana?	SI..... 1 NO..... 2	
118	¿Que idioma (lengua) hablan habitualmente los miembros de su hogar o la mayoría de ellos? INDAGUE: ¿Qué idioma hablan sobre todo a las horas de comida?	CASTELLANO.....01 AYMARAS.....02 QUECHUA.....03 GUARANI.....04 OTRO.....96 ESPECIFIQUE	140
119	¿Puede hablar y entender castellano?	SI..... 1 NO..... 2	
140	VEA LA PREGUNTA 4 EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: LA MUJER ENTREVISTADA "NO" <input type="checkbox"/> VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR LA MUJER ENTREVISTADA "SI" <input type="checkbox"/> VIVE HABITUALMENTE EN EL HOGAR		201
141	Ahora me gustaría preguntarle acerca del sitio en el cual usted vive habitualmente. ¿Vive habitualmente en la capital o en una ciudad grande, en una ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, o en el campo? SI VIVE EN UNA CIUDAD: ¿En cual ciudad vive? ANOTE LA CIUDAD:	EN LA CAPITAL O EN UNA CIUDAD GRANDE.... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 PUEBLO 3 CAMPO..... 4	
142	¿En que departamento y provincia está localizado? SI ES EXTERIOR ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS EN "DEPARTAMENTO" Y REGISTRE '00' EN LA CASILLA Y ANOTE '98' CUANDO NO SABE	DEPARTAMENTO PROVINCIA	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																		
143	Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con su vivienda. ¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar?	AGUA DE TUBERIA DENTRO DE LA VIVIENDA, EDIFICIO, LOTE O TERRENO..... 11 PILA PUBLICA..... 12 AGUA DE POZO..... 21 RIO/LAGO/VERTIENTE/ACEQUIA..... 31 CARRO REPARTIDOR O AGUATERO..... 51 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	145																		
144	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS..... <input type="text"/> EN EL SITIO..... 996																			
145	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar?	INODORO CONECTADO A LA ALCANTARILLA..... 11 INODORO CONECTADO A POZO SEPTICO..... 21 LETRINA/POZO NEGRO/HOYO..... 31 NO HAY SERVICIO/MATORRAL/CAMPO..... 41 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			
146	¿Tiene en su hogar:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad?</td> <td>ELECTRICIDAD..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Teléfono?</td> <td>TELEFONO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Un radio?</td> <td>RADIO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Un televisor?</td> <td>TELEVISOR..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Un refrigerador?</td> <td>REFRIGERADOR..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Electricidad?	ELECTRICIDAD..... 1	2	Teléfono?	TELEFONO..... 1	2	Un radio?	RADIO..... 1	2	Un televisor?	TELEVISOR..... 1	2	Un refrigerador?	REFRIGERADOR..... 1	2	
	SI	NO																			
Electricidad?	ELECTRICIDAD..... 1	2																			
Teléfono?	TELEFONO..... 1	2																			
Un radio?	RADIO..... 1	2																			
Un televisor?	TELEVISOR..... 1	2																			
Un refrigerador?	REFRIGERADOR..... 1	2																			
147	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?	PISO NATURAL/TIERRA/ARENA..... 11 PISO RUSTICO/TABLAS DE MADERA..... 21 PARKET O MADERA LUSTRADA..... 31 MOSAICO O BALDOSAS..... 32 CERAMICA..... 33 CEMENTO..... 34 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			
148	¿Su vivienda es:	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Propia?</td> <td>PROPIA..... 01</td> </tr> <tr> <td>Alquilada?</td> <td>ALQUILADA..... 02</td> </tr> <tr> <td>Contrato anticrético o mixto?</td> <td>CONTRATO ANTICRETICO O MIXTO..... 03</td> </tr> <tr> <td>Cedida?</td> <td>CEDIDA (POR SERVICIOS, PARENTESCO)..... 04</td> </tr> <tr> <td>Otra?</td> <td>OTRA 96</td> </tr> </tbody> </table> (ESPECIFIQUE)	Propia?	PROPIA..... 01	Alquilada?	ALQUILADA..... 02	Contrato anticrético o mixto?	CONTRATO ANTICRETICO O MIXTO..... 03	Cedida?	CEDIDA (POR SERVICIOS, PARENTESCO)..... 04	Otra?	OTRA 96									
Propia?	PROPIA..... 01																				
Alquilada?	ALQUILADA..... 02																				
Contrato anticrético o mixto?	CONTRATO ANTICRETICO O MIXTO..... 03																				
Cedida?	CEDIDA (POR SERVICIOS, PARENTESCO)..... 04																				
Otra?	OTRA 96																				
149	¿Cuál es el principal combustible que utiliza para cocinar en su hogar?	LEÑA..... 01 GUANO, BOSTA O TAQUIA..... 02 CARBON..... 03 KEROSENE..... 04 GAS LICUADO..... 05 ELECTRICIDAD..... 06 NO COCINA..... 07 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			

SECCION 2. REPRODUCCION

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

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los hijos nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero (el mayor) que tuvo.
 ANOTE EN 212 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y PROSIGA HASTA LA 220 SEGUN CORRESPONDA.

212 ¿Cual es el nombre de su (primer, segundo, etc.), hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	214 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	215 ¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	216 ¿(NOMBRE) esta vivo?	217 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	218 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) vive con usted?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: EN 'DIAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MAS AÑOS. SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	220 CALCULE INTERVALOS RESTANDO LOS AÑOS EN 215 PARA 2 HIJOS. SI EL INTERVALO ES DE 4 AÑOS O MAS. PREGUNTE: ¿Hubo otros nacidos vivos entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
0 1	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PROXIMO HIJO)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	
0 2	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 3	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 4	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 5	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 6	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 7	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2
0 8	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI... 1 NO... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS... 1 MESES... 2 AÑOS... 3	SI..... 1 NO..... 2

	212 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.), hijo? ANOTE MELLIZOS EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE	213 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	214 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	215 ¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	216 (NOMBRE) ¿esta vivo?	217 SI ESTA VIVO ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	218 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) vive con usted?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE LO SIGUIENTE: EN 'DIAS' SI EDAD ES MENOS DE 1 MES; EN 'MESES' SI ES DE 1 MES A MENOS 2 AÑOS EN 'AÑOS' SI ES DE 2 O MAS AÑOS. SI DICE 1 AÑO INDAGUE POR MESES	220 CALCULE INTERVALOS RESTANDO LOS AÑOS EN 215 PARA 2 HIJOS. SI EL INTERVALO ES DE 4 AÑOS O MAS. PREGUNTE: ¿Hubo otros nacidos vivos entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?
--	---	---	--	--	--------------------------------	--	--	---	--

0 9	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2
1 0	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2
1 1	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2
1 2	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2
1 3	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2
1 4	UNICO...1 MULT...2	HOMBRE...1 MUJER...2	DIA... MES... AÑO...	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD	SI... 1 NO... 2 (PASE A 220)	DIAS.... 1 MESES... 2 AÑOS.... 3	SI..... 1 NO..... 2

221 CALCULE EL INTERVALO PARA EL ULTIMO NACIMIENTO RESTANDO EL AÑO DE LA ENTREVISTA.
SI ES DE 4 AÑOS O MAS, PREGUNTE: ¿Hubo otros nacidos vivos desde el nacimiento de (ULTIMO NACIDO VIVO)?

SI.....1
NO2

222 COMPARE 208 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS DE MAS ARRIBA Y MARQUE:

NUMERO ES EL MISMO ☐ NUMERO ES DIFERENTE ☐ (INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIAS)

↓

A FIN DE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACION NECESARIA HA SIDO REGISTRADA, REVISE SI:

A) PARA CADA HIJO NACIDO VIVO: SE ANOTO EL AÑO DE NACIMIENTO (PREGUNTA 215) → ☐

B) PARA CADA HIJO SOBREVIVIENTE: SE ANOTO LA EDAD ACTUAL (PREGUNTA 217) → ☐

C) PARA CADA HIJO FALLECIDO: SE ANOTO LA EDAD AL MORIR (PREGUNTA 219) → ☐

D) PARA HIJOS FALLECIDOS ANTES DE LOS 2 AÑOS DE EDAD (PREGUNTA 219): SE INDAGO EL NUMERO EXACTO EN MESES → ☐

222A VERIFIQUE 215 Y ANOTE EL NUMERO DE NACIMIENTOS A PARTIR DE ENERO DE 1990 SI NO HUBO NACIMIENTOS, REGISTRE "0"

☐

223 PARA CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1989, ANOTE UNA "N" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO QUE CORRESPONDE AL MES DE NACIMIENTO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS 8 MESES ANTERIORES, ESCRIBA EL NOMBRE A LA IZQUIERDA DEL CODIGO "N". REGRESE Y CONTINUE CON 225

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
225	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	228 228
226	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	MESES..... <input type="text"/>	
226A	ANOTE "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES DE EMBARAZO		
227	¿Cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA quedar embarazada de ninguna manera?	ENTONCES 1 MAS TARDE..... 2 DE NINGUNA MANERA..... 3	
228	¿Ha tenido alguna vez un embarazo el cual terminó en un nacido muerto, en una pérdida o en un aborto?	NACIDO MUERTO..... 1 PERDIDA O ABORTO..... 2 NO..... 3	235
229	¿Cuando termino el ultimo de estos embarazos?	MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	
230	VEA 229: ULTIMO EMBARAZO TERMINO EN O DESPUES DE ENERO DE 1989 <input type="text"/>	ULTIMO EMBARAZO TERMINO ANTES DE ENERO DE 1989 <input type="text"/>	235
231	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ese embarazo terminó?	MESES..... <input type="text"/>	
232	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL QUE TERMINO EL EMBARAZO, Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO		
233	¿Ha tenido algún otro embarazo que terminó en un nacido muerto, en pérdida, o en un aborto?	NACIDO MUERTO..... 1 PERDIDA O ABORTO..... 2 NO..... 3	235
234	VAYA AL CALENDARIO Y PREGUNTE POR FECHAS Y DURACION DE OTROS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN NACIDO MUERTO, PERDIDA O ABORTO. ANOTE UNA "T" EN LA COLUMNA 1 EN EL MES EN EL CUAL EL EMBARAZO TERMINO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES ANTERIORES.		
235	¿Cuando empezó su última regla (período menstrual)? INDAGUE: (¿Hace que tiempo tuvo su última regla?)	HACE DIAS..... 1 HACE SEMANAS..... 2 HACE MESES..... 3 HACE AÑOS..... 4 EN MENOPAUSIA..... 9 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 9 NUNCA MENSTRUO..... 9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCION 3: ANTICONCEPCION

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

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

301. ¿Que métodos conoce Ud. o de cuales ha escuchado hablar? INDAGUE: ¿Algún otro método?	SI ESPONTA- NEO	302 ¿Conoce o ha escu- chado hablar de (METODO)? SI RECONOCIDO NO CONOCE	303 ¿Ha usado Ud. alguna vez o está usando (METODO)? PARA EL CONDON (METODO C), Y PARA LA ESTERILIZACION (G Y H), HAGA PREGUNTAS ESPECIFICAS.
A. PASTILLAS, PILDORAS Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazada.	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
B. DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de la matriz un espiral, anillo, o una T de cobre con un médico o enfermera	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
C. PRESERVATIVO (CONDON) Los hombres pueden usar un preservativo (condón) durante las relaciones sexuales	1	2 3	¿Usted y su esposo o SI.... 1 compañero han usado alguna vez el condón? NO.... 2
D. INYECCION (DEPO-PROVERA) Las mujeres pueden hacerse poner una inyección anticonceptiva cada 1 o 3 meses para evitar quedar embarazada.	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
E. NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden hacerse colocar en el antebrazo 5 bolsas pequeñas las cuales pueden prevenir el embarazo durante varios años	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
F. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETAS Las mujeres pueden colocarse dentro de la vagina una crema, un diafragma o tabletas antes de tener relaciones sexuales.	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
G. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2 3	¿Se ha hecho usted SI.... 1 operar alguna vez para no tener hijos? NO.... 2
H. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA) Los hombres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1	2 3	¿Su esposo o compañe- SI.... 1 ro se ha hecho operar para no tener hijos? NO.... 2
I. RITMO, CALENDARIO, BILLINGS (MUCOSA CERVICAL), ABSTINENCIA PERIODICA La parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de embarazarse	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
J. RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1	2 3	SI..... 1 NO..... 2
K. OTROS METODOS Además de los metodos ya mencionados, la pareja puede utilizar otros métodos para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI", ESPECIFICAR METODO	1	3 ESPECIFIQUE	SI..... 1 NO..... 2

304

NI UN SOLO "SI" EN 303
(NUNCA HA USADO)

POR LO MENOS UN "SI" EN 303
(ALGUNA VEZ HA USADO)

308

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIA Y CODIGOS	PASE A
305	¿Alguna vez usted o su esposo/compañero, han usado algo o hecho algo para que no quede embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada)?	SI..... 1 NO..... 2	1→307
306	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
306B	PASE A 332		
307	Qué ha usado o qué ha hecho?		
307A	CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).		
308	Ahora me gustaría preguntarle sobre la primera vez que usted uso un metodo o hizo algo para no quedar embarazada (para evitar o demorar quedar embarazada). ¿Que fue lo primero que hizo o cual fue el primer metodo que uso usted para evitar quedar embarazada? _____	PILDORA..... 01 DIU..... 02 PRESERVATIVO(CONDON)..... 03 INYECCIONES..... 04 NORPLANT (IMPLANTES) 05 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO)..... 09 RETIRO..... 10 OTRO 96	
309	¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar por primera vez un metodo para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS	<input type="text"/> <input type="text"/>
310	VEA 303: LA MUJER NO ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	LA MUJER ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	313A
311	VEA 225: NO EMBARAZADA O NO ESTA SEGURA <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	326
312	¿Actualmente esta usted o su marido (compañero) usando algun metodo o haciendo algo para no quedar embarazada (para demorar o evitar un embarazo)?	SI 1 NO 2	2→326
313	¿Que metodo esta(n) usando? ¿Que esta(n) haciendo? TEXTUALMENTE: _____ _____	PILDORA 01 DIU 02 PRESERVATIVO (CONDON) 03 INYECCIONES 04 NORPLANT (IMPLANTES) 05 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA 07 ESTERILIZACION MASCULINA 08 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) 09 RETIRO 10 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	325 325 325 325 325 325 317 317 322 325 325
313A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE EL "07"		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
314	¿Puede mostrarme la caja de píldoras que está usando actualmente? ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA	MOSTRO LA CAJA 1 NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> <input type="text"/> NO PUDO MOSTRARLA 2	316
315	¿Sabe el nombre de las píldoras que está usando actualmente? ANOTE EL NOMBRE DE LA MARCA (O MUESTRE LA FOTO)	NOMBRE DE LA MARCA: <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	
316	¿Cuanto le cuesta una caja (tira/sobre) de píldoras?	COSTO CAJA 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIRA/SOBRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
316A	PASE A 325		
317	¿Dónde tuvo lugar la operación? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO DE SALUD..... 12 CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22 CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
318	VEA 313: ELLA ESTA ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> EL ESTA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ¿Usted lamenta haberse hecho operar para no tener (más) hijos? ¿Usted lamenta que su esposo/compañero se haya hecho operar para no tener (más) hijos?	SI 1 NO 2	320
319	¿Por que lo lamenta?	MUJER QUIERE OTRO HIJO 01 ESPOSO QUIERE OTRO HIJO 02 EFECTOS SECUNDARIOS 03 OTRA RAZON 96 (ESPECIFIQUE)	
320	¿En que mes y año tuvo usted (él) la operación?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	
321	VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DE ESTERILIZACION DE LA PREGUNTA 313A EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 Y EN CADA MES HASTA LA FECHA DE LA OPERACION O HASTA ENERO DE 1989.		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
321A	<p>VEA 320:</p> <p>ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1989 <input type="checkbox"/></p> <p>ESTERILIZADA DESPUES DE ENERO DE 1989 <input type="checkbox"/></p> <p>PASE A 330B</p> <p>PASE A 326</p>		
322	Entre una regla y otra ¿hay días en las cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → 324</p> <p>NO SABE 8 → 324</p>	
323	¿En cuáles días entre una menstruación y otra, cree usted que la mujeres tiene mayor posibilidad de quedar embarazada?	<p>DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ... 01</p> <p>INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 02</p> <p>EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA 03</p> <p>INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA..... 04</p> <p>EN CUALQUIER MOMENTO 05</p> <p>OTRA 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 98</p>	
324	¿Cómo calcula usted en que días no puede tener relaciones sexuales?	<p>CALENDARIO/CUENTA DIAS 01</p> <p>TEMPERATURA DEL CUERPO 02</p> <p>MOCO CERVICAL/(BILLINGS) 03</p> <p>TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL 04</p> <p>NO METODO ESPECIFICO 05</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
325	<p>VAYA AL CALENDARIO Y ANOTE EL CODIGO DEL METODO DE 313 EN EL MES ACTUAL EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO. DETERMINE ENTONCES CUANDO EMPEZO ELLA A USAR EL METODO ESTA VEZ. ANOTE EL CODIGO DEL METODO EN CADA MES DE USO.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? - ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método? 		
326	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años, durante los cuales usted o su compañero ha usado un método para evitar que usted quede embarazada.</p> <p>USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERIODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO-USO, COMENZANDO CON EL DE USO MAS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 1989. LA COLUMNA 1 DEBE QUEDAR SIN MESES EN BLANCO.</p> <p>USE LOS NOMBRES DE HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.</p> <p>EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CODIGO DEL METODO O "0" SI NO USA. EN LA COLUMNA 2, ANOTE LOS CODIGOS DE INTERRUPCION EN EL MES CORRESPONDIENTE AL ULTIMO MES DE USO, PARA CADA PERIODO DE USO.</p> <p>EL NUMERO DE CODIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 1 DEBE SER IGUAL AL NUMERO DE INTERRUPCIONES EN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA COLUMNA 2.</p> <p>PREGUNTE LA RAZON POR LA CUAL DEJO DE USAR EL METODO. SI HA QUEDADO EMBARAZADA, PREGUNTE SI EL EMBARAZO FUE ACCIDENTAL MIENTRAS USABA EL METODO, O SI INTENCIONALMENTE DEJO DE USAR EL METODO PARA QUEDAR EMBARAZADA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>COLUMNA 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo fue la última vez que usó un método? ¿Qué método era ése? - ¿Cuándo comenzó a usar ese método? ¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE)? - ¿Cuánto tiempo usó entonces el método? <p>COLUMNA 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué dejó de usar (EL METODO)? - ¿Dejó de usar (EL METODO) porque quedó embarazada mientras lo usaba, o dejó de usarlo para quedar embarazada, o por alguna otra razón? <p>SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE:</p> <p>¿Cuántos meses esperó hasta quedar embarazada, después de que dejó de usar el (METODO)? Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.</p>		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A
328	<p>VEA 313:</p> <p>SI LA PREGUNTA 313 NO SE HIZO, CIRCULE '00' → (MUJERES EMBARAZADAS O QUE NUNCA USARON)</p> <p>SI LA PREGUNTA 313 SE HIZO, CIRCULE EL CODIGO DEL METODO USADO.</p>	<p>NO SE PREGUNTO 313 00 → 332</p> <p>PILDORA 01</p> <p>DIU 02</p> <p>PRESERVATIVO (CONDON) 03</p> <p>INYECCIONES 04</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES) 05</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS 06</p> <p>ESTERILIZACION FEMENINA 07 → 330B</p> <p>ESTERILIZACION MASCULINA 08 → 330B</p> <p>ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) 09 → 333</p> <p>RETIRO 10 → 333</p> <p>OTRO 96 → 333 (ESPECIFIQUE)</p>	
329	<p>¿Dónde consiguió (METODO) la última vez?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA.</p> <p>_____</p> <p>(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 11</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12</p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13</p> <p>PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... 14</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22</p> <p>CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23</p> <p>FARMACIA..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... 31</p> <p>OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
330A	¿Sabe de algún otro lugar en donde hubiera podido obtener (METODO)?	SI 1	
330B	¿Al momento de la operación, sabía usted de algún otro lugar en donde podría haberse hecho operar?	NO 2 → 335	




No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																																	
331	<p>La gente selecciona el lugar para obtener servicios de planificación familiar por diferentes razones.</p> <p>En su caso, ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted fue al lugar mencionado en vez de otro lugar?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA PRIMERA COLUMNA</p> <p>_____</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PRINCIPAL RAZON</th><th>OTRA RAZON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAS CERCANO A LA CASA</td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr> <td>CERCANO AL MERCADO/TRABAJO</td><td>12</td><td>12</td></tr> <tr> <td>TRANSPORTE DISPONIBLE</td><td>13</td><td>13</td></tr> <tr> <td>PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ..</td><td>21</td><td>21</td></tr> <tr> <td>INSTALACIONES MAS LIMPIAS</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr> <td>OFRECE MEJOR PRIVACIDAD</td><td>23</td><td>23</td></tr> <tr> <td>MENOR TIEMPO DE ESPERA</td><td>24</td><td>24</td></tr> <tr> <td>HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ...</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr> <td>PUEDE USAR OTROS SERVICIO AHI ...</td><td>26</td><td>26</td></tr> <tr> <td>MENOR COSTO</td><td>31</td><td>31</td></tr> <tr> <td>QUERIA ANONIMIDAD</td><td>41</td><td>41</td></tr> <tr> <td>NO HAY OTRA RAZON</td><td>95</td><td></td></tr> <tr> <td>OTRO _____</td><td>96</td><td></td></tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>OTRO _____</td><td>96</td><td></td></tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>NO SABE.....</td><td>98</td><td></td></tr> </tbody> </table>		PRINCIPAL RAZON	OTRA RAZON	MAS CERCANO A LA CASA	11	11	CERCANO AL MERCADO/TRABAJO	12	12	TRANSPORTE DISPONIBLE	13	13	PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ..	21	21	INSTALACIONES MAS LIMPIAS	22	22	OFRECE MEJOR PRIVACIDAD	23	23	MENOR TIEMPO DE ESPERA	24	24	HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ...	25	25	PUEDE USAR OTROS SERVICIO AHI ...	26	26	MENOR COSTO	31	31	QUERIA ANONIMIDAD	41	41	NO HAY OTRA RAZON	95		OTRO _____	96		(ESPECIFIQUE)			OTRO _____	96		(ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	98																													
	PRINCIPAL RAZON	OTRA RAZON																																																																																		
MAS CERCANO A LA CASA	11	11																																																																																		
CERCANO AL MERCADO/TRABAJO	12	12																																																																																		
TRANSPORTE DISPONIBLE	13	13																																																																																		
PERSONAL MAS COMPETENTE/AMABLE ..	21	21																																																																																		
INSTALACIONES MAS LIMPIAS	22	22																																																																																		
OFRECE MEJOR PRIVACIDAD	23	23																																																																																		
MENOR TIEMPO DE ESPERA	24	24																																																																																		
HORAS PROLONGADAS DE ATENCION ...	25	25																																																																																		
PUEDE USAR OTROS SERVICIO AHI ...	26	26																																																																																		
MENOR COSTO	31	31																																																																																		
QUERIA ANONIMIDAD	41	41																																																																																		
NO HAY OTRA RAZON	95																																																																																			
OTRO _____	96																																																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																																																				
OTRO _____	96																																																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																																																				
NO SABE.....	98																																																																																			
331A	<p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA OTRA RAZON EN LA SEGUNDA COLUMNA</p> <p>_____</p>																																																																																			
331B	PASE A 335																																																																																			
332	<p>¿Cual es la principal razón por la cual usted no está usando un método de anticoncepción?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA RAZON PRINCIPAL EN LA PRIMERA COLUMNA</p> <p>_____</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>RAZON PRINCIPAL</th><th>OTRA RAZON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO ESTA CASADA O UNIDA.....</td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr> <td>ESTA EMBARAZADA.....</td><td>21</td><td>21</td></tr> <tr> <td>NO TIENE RELACIONES.....</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr> <td>SEXO INFRECUENTE.....</td><td>23</td><td>23</td></tr> <tr> <td>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...</td><td>24</td><td>24</td></tr> <tr> <td>SUBFERTIL/INFERTIL.....</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr> <td>POSTPARTO/LACTANCIA.....</td><td>26</td><td>26</td></tr> <tr> <td>DESEA MAS HIJOS.....</td><td>27</td><td>27</td></tr> <tr> <td>OPOSICION DE ELLA.....</td><td>31</td><td>31</td></tr> <tr> <td>OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.</td><td>32</td><td>32</td></tr> <tr> <td>OPOSICION DE PARTE DE OTROS....</td><td>33</td><td>33</td></tr> <tr> <td>POR RAZONES RELIGIOSAS.....</td><td>34</td><td>34</td></tr> <tr> <td>NO CONOCE METODO.....</td><td>41</td><td>41</td></tr> <tr> <td>NO CONOCE FUENTE.....</td><td>42</td><td>42</td></tr> <tr> <td>PREOCUPACIONES DE SALUD.....</td><td>51</td><td>51</td></tr> <tr> <td>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...</td><td>52</td><td>52</td></tr> <tr> <td>LEJANIA.....</td><td>53</td><td>53</td></tr> <tr> <td>MUY COSTOSO.....</td><td>54</td><td>54</td></tr> <tr> <td>INCONVENIENTE PARA USAR.....</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr> <td>INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....</td><td>56</td><td>56</td></tr> <tr> <td>NINGUNA OTRA RAZON.....</td><td>95</td><td></td></tr> <tr> <td>OTRA RAZON _____</td><td>96</td><td></td></tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>OTRA RAZON _____</td><td>96</td><td></td></tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>NO SABE.....</td><td>98</td><td></td></tr> </tbody> </table>		RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON	NO ESTA CASADA O UNIDA.....	11	11	ESTA EMBARAZADA.....	21	21	NO TIENE RELACIONES.....	22	22	SEXO INFRECUENTE.....	23	23	MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...	24	24	SUBFERTIL/INFERTIL.....	25	25	POSTPARTO/LACTANCIA.....	26	26	DESEA MAS HIJOS.....	27	27	OPOSICION DE ELLA.....	31	31	OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.	32	32	OPOSICION DE PARTE DE OTROS....	33	33	POR RAZONES RELIGIOSAS.....	34	34	NO CONOCE METODO.....	41	41	NO CONOCE FUENTE.....	42	42	PREOCUPACIONES DE SALUD.....	51	51	MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...	52	52	LEJANIA.....	53	53	MUY COSTOSO.....	54	54	INCONVENIENTE PARA USAR.....	55	55	INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....	56	56	NINGUNA OTRA RAZON.....	95		OTRA RAZON _____	96		(ESPECIFIQUE)			OTRA RAZON _____	96		(ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	98		
	RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON																																																																																		
NO ESTA CASADA O UNIDA.....	11	11																																																																																		
ESTA EMBARAZADA.....	21	21																																																																																		
NO TIENE RELACIONES.....	22	22																																																																																		
SEXO INFRECUENTE.....	23	23																																																																																		
MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...	24	24																																																																																		
SUBFERTIL/INFERTIL.....	25	25																																																																																		
POSTPARTO/LACTANCIA.....	26	26																																																																																		
DESEA MAS HIJOS.....	27	27																																																																																		
OPOSICION DE ELLA.....	31	31																																																																																		
OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.	32	32																																																																																		
OPOSICION DE PARTE DE OTROS....	33	33																																																																																		
POR RAZONES RELIGIOSAS.....	34	34																																																																																		
NO CONOCE METODO.....	41	41																																																																																		
NO CONOCE FUENTE.....	42	42																																																																																		
PREOCUPACIONES DE SALUD.....	51	51																																																																																		
MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...	52	52																																																																																		
LEJANIA.....	53	53																																																																																		
MUY COSTOSO.....	54	54																																																																																		
INCONVENIENTE PARA USAR.....	55	55																																																																																		
INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....	56	56																																																																																		
NINGUNA OTRA RAZON.....	95																																																																																			
OTRA RAZON _____	96																																																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																																																				
OTRA RAZON _____	96																																																																																			
(ESPECIFIQUE)																																																																																				
NO SABE.....	98																																																																																			
332A	<p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA OTRA RAZON EN LA SEGUNDA COLUMNA</p> <p>_____</p>																																																																																			

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
333	¿Sabe de un lugar donde puede conseguir un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 → 335	
334	¿Cuál es el principal lugar que usted conoce? ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, CAJAS, CLINICAS Y CENTROS DE PF). SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA. _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12 CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13 PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... 14 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22 CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23 FARMACIA..... 24 OTRO PRIVADO..... 26 (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... 31 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	
335	¿Fue usted visitada por un trabajador del programa de planificación familiar en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	
336	¿Ha ido a una institución de salud en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 → 338	
337	¿Alguien en la institución que usted visitó le habló sobre métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
338	¿Cuando una mujer está dando de mamar (lactar), cree usted que ella tiene: MAYOR POSIBILIDAD de quedar embarazada, MENOR POSIBILIDAD, o cree usted que la lactancia NO AFECTA la posibilidad de quedar embarazada?	MAYOR POSIBILIDAD..... 1 MENOR POSIBILIDAD..... 2 NO AFECTA LA POSIBILIDAD..... 3 DEPENDE..... 4 NO SABE..... 8	
339	VEA 210: UNO O MAS HIJOS: <input type="checkbox"/> SIN HIJOS: <input type="checkbox"/>		469
340	¿Cree usted que la lactancia sirve como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 → 401	
341	¿Está usted utilizando en la actualidad la lactancia como un método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4A. EMBARAZO Y LACTANCIA

401	VEA 222: UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990	NINGUN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1990 O SIN HIJOS	469
402	ANOTE EN LA PREGUNTA 403 EN CADA COLUMNA, EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1990 COMIENCE CON EL ULTIMO NACIDO. SI HAY MAS NACIDOS, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos tres años. (Hablaré por turno, sobre cada niño).		
403	VEA 212 PARA: NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE _____
404	DE LA PREGUNTA 216 →	VIVO MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div>	VIVO MUERTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div>
405	¿Cuando usted quedó embarazada de (NOMBRE), quería quedar embarazada ENTONCES, quería esperar hasta MAS TARDE, o NO QUERIA tener (más) hijos?	ENTONCES..... 1 (PASE A 407) ← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←	ENTONCES..... 1 (PASE A 407) ← MAS TARDE..... 2 NO MAS..... 3 (PASE A 407) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑOS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 9 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	MESES..... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AÑOS..... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 9 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
407	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), vió a alguien para control de embarazo? (control prenatal, atención prenatal)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 410) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 410) ←
407A	¿A quién vio? ¿Vio a alguien más? SONDEE PARA AVERIGUAR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE PERSONAS QUE VIO.	MEDICO..... A ENFERMERA..... B SANITARIO/ AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MEDICO..... A ENFERMERA..... B SANITARIO/ AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C PARTERA TRADICIONAL..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a ver a alguien para control de embarazo de (NOMBRE)? (control prenatal, atención prenatal)	MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 98	MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 98
409	¿Cuántas visitas de control de embarazo tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)? (control prenatal, atención prenatal)	NUMERO DE VISITAS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 98	NUMERO DE VISITAS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 98
410	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE), le colocaron una inyección en el brazo para que al niño no tenga tétanos (convulsiones después de nacido)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 412) ← NO SABE..... 8
411	¿Cuántas veces recibió la inyección durante este embarazo?	NUMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO SABE..... 8

		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
412	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO..... 11	HOSPITAL PUBLICO..... 11	CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12	CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12
		CNS/OTRAS CAJAS..... 13	CNS/OTRAS CAJAS..... 13	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21	CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21
		CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... 22	CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... 22	SU CASA..... 41	SU CASA..... 41
		OTRA CASA..... 42	OTRA CASA..... 42	OTRO LUGAR _____ 96	OTRO LUGAR _____ 96
		(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)		
413	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?	MEDICO..... A	MEDICO..... A	ENFERMERA B	ENFERMERA B
	¿Alguien más?	SANITARIO AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C	SANITARIO AUXILIAR DE ENFERMERIA..... C	PARTERA TRADICIONAL..... D	PARTERA TRADICIONAL..... D
	INDAGUE QUE TIPO DE PERSONAS FUERON Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS.	FAMILIAR/AMIGA..... E	FAMILIAR/AMIGA..... E	OTRO _____ X	OTRO _____ X
		(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	NADIE..... Y	NADIE..... Y
413A	¿Con qué cortaron el cordón umbilical?	INSTRUMENTAL MEDICO/ TIJERA O NAVAJA LIMPIOS..... 01	INSTRUMENTAL MEDICO/ TIJERA O NAVAJA LIMPIOS..... 01	MACHETE..... 02	MACHETE..... 02
		VIDRIO/ CERAMICA..... 03	VIDRIO O CERAMICA..... 03	OTRO _____ 96	OTRO _____ 96
		(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)		
414	¿Durante el parto de (NOMBRE), tuvo usted algunas de las siguientes complicaciones:				
414A	¿Parto (prolongado) con las contracciones o dolores de parto fuertes y regulares que duran 12 horas?	SI CONTRACCIONES FUERTES..... 1	SI CONTRACCIONES FUERTES..... 1	NO CONTRACCIONES FUERTES..... 2	NO CONTRACCIONES FUERTES..... 2
414B	¿Hemorragia vaginal mucho más abundante que la normal que hay después del parto?	SI HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 1	SI HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 1	NO HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 2	NO HEMORRAGIA ABUNDANTE..... 2
414C	¿Fiebre alta y secreción vaginal olorosa?	SI FIEBRE Y SECRECION..... 1	SI FIEBRE Y SECRECION..... 1	NO FIEBRE Y SECRECION..... 2	NO FIEBRE Y SECRECION..... 2
414D	¿Convulsiones o ataques con o sin desmayo?	SI CONVULSIONES 1	SI CONVULSIONES 1	NO CONVULSIONES 2	NO CONVULSIONES 2
414E	¿Otras complicaciones? SI RESPONDE "SI": ¿Que clase de complicaciones?	SI _____ 1 (ESPECIFIQUE)	SI _____ 1 (ESPECIFIQUE)	NO OTRAS COMPLICACIONES..... 2	NO OTRAS COMPLICACIONES..... 2
415	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea? (operación del vientre)	SI..... 1	SI..... 1	NO..... 2	NO..... 2
415A	¿Al hacer (NOMBRE) lloró y se movió activamente?	SI..... 1	SI..... 1	NO..... 2	NO..... 2
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8		
415B	¿Podía (NOMBRE) beber o mamar normalmente en las primeras horas de vida?	SI..... 1	SI..... 1	NO..... 2	NO..... 2
		NO SABE..... 8	NO SABE..... 8		

No.	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PRIMULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
416	¿A los cuantos meses del embarazo de (NOMBRE) se produjo el nacimiento? MESES..... <input type="checkbox"/>	MESES..... <input type="checkbox"/>
417	¿En su opinión (NOMBRE) al nacer era pequeño, normal o más grande de lo normal? MUY PEQUEÑO..... 1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL..... 2 NORMAL..... 3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL..... 4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL... 5 NO SABE..... 8	MUY PEQUEÑO..... 1 MAS PEQUEÑO QUE LO NORMAL..... 2 NORMAL..... 3 MAS GRANDE QUE LO NORMAL..... 4 MUCHO MAS GRANDE QUE LO NORMAL... 5 NO SABE..... 8
417A	¿Fue pesado (NOMBRE) cuando nació? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 419)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 420)←
418	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? KILOGRAMOS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9998	KILOGRAMOS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9998
419	¿Le volvió su menstruación desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 421)← (PASE A 422)←	
420	¿Le volvió su menstruación entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente? 	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 424)←
421	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le vino su menstruación? (¿Cuántos meses estuvo sin menstruación?) MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98
422	VEA 225: LA MUJER 'NO' ESTA EMBARAZADA: <input type="checkbox"/> LA MUJER SI ESTA EMBARAZADA O INSEGURA: <input type="checkbox"/> 424	
423	¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde el nacimiento de (NOMBRE)? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 425)←	
424	¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98
425	¿Le dió pecho a (NOMBRE) alguna vez? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427)←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 427)←
426	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)? MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MUERTO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MUERTO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)
426A	(PASE A 432)	(PASE A 432)
427	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS. SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS. DE OTRA MANERA, ANOTE DIAS INMEDIATAMENTE..... 0 0 HORAS..... 1 DIAS..... 2	INMEDIATAMENTE..... 0 0 HORAS..... 1 DIAS..... 2

		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
428	VEA 216: ESTA VIVO EL NIÑO:	ESTA VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)	ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 430)	ESTA VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 429)	ESTA MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 430)
429	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431A)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 431A)	
430	¿Por cuantos meses le dio pecho a (NOMBRE)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	
431	¿Por qué dejó de darle pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MUERTO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)		MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MUERTO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	
431A	¿A que edad empezó a recibir otros alimentos (además de la leche materna)?	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUN NO RECIBE 9 <input type="text"/> <input type="text"/>		DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUN NO RECIBE 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	
432	VEA 404: ¿ESTA EL NIÑO VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 433)	MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 443)	VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 433)	MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 403 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 443)
433	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) SI YA NO LE DA PECHO ANOTE '00'	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>		NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO) SI YA NO LE DA PECHO ANOTE '00'	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>		NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	
435	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una mamadera con chupón(biberón) ayer o anoche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

No.		ULTIMO NACIDO VIVO			PENULTIMO NACIDO VIVO				
		NOMBRE			NOMBRE				
436	¿En algún momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) algo de lo incluido en la siguiente lista?:								
		SI	NO	NS	SI	NO	NS		
	Agua sola?	AGUA SOLA.....	1	2	8	AGUA SOLA.....	1	2	8
	Agua azucarada?	AGUA AZUCARADA.....	1	2	8	AGUA AZUCARADA.....	1	2	8
	Jugo?	JUGO.....	1	2	8	JUGO.....	1	2	8
	Mates?	MATES.....	1	2	8	MATES.....	1	2	8
	Fórmula para bebé (S26, SMA, etc.)	FORMULA PARA BEBE.....	1	2	8	FORMULA PARA BEBE.....	1	2	8
	Leche fresca?	LECHE FRESCA.....	1	2	8	LECHE FRESCA.....	1	2	8
	Leche diluida o en polvo?	LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8	LECHE DILUIDA/EN POLVO..	1	2	8
	Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8	OTROS LIQUIDOS.....	1	2	8
	Alimento preparado de CEREAL, QUINUA, AVENA	PREPARACION DE CEREAL...	1	2	8	PREPARACION DE CEREAL...	1	2	8
	Alimento preparado de TUBERCULOS/FRUTAS)	PREPARACION DE TUBERC...	1	2	8	PREPARACION DE TUBERC...	1	2	8
	Huevo, pescado, pollo?	HUEVO/PESCADO/POLLO....	1	2	8	HUEVO/PESCADO/POLLO....	1	2	8
	Carne?	CARNE.....	1	2	8	CARNE.....	1	2	8
	Otro alimento sólido o semisólido?	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMISOLIDO..	1	2	8
437	VEA 436: ¿LE DIO ALIMENTOS LIQUIDOS O SOLIDOS EN EL DIA DE AYER?	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 440)		"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/> (PASE A 438)	"SI" A UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS <input type="checkbox"/> (PASE A 440)		"NO/NO SABE" A TODAS <input type="checkbox"/> (PASE A 438)		
438	VEA 429: ¿TODAVIA LE DA PECHO?	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)		YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)	TODAVIA LE DA PECHO <input type="checkbox"/> (PASE A 439)		YA NO LE DA, O NO SE PREGUNTO <input type="checkbox"/> (PASE A 440)		
439	¿Recibió (NOMBRE) algo de beber o comer, diferente de la leche materna, ayer durante el día o por la noche?	SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... 1 NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 441)			SI, LIQUIDOS O SOLIDOS..... 1 NO, SOLO LECHE MATERNA..... 2 (PASE A 441)				
439A	¿Qué comió o bebió (NOMBRE)?	CORRIJA 436			CORRIJA 436				
440	¿Cuántas veces comió y/o bebió (NOMBRE) durante el día de ayer?	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8			NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8				
441	¿Durante cuantos días en los últimos siete días (NOMBRE) recibió lo siguiente:	(ANOTE EL NUMERO DE DIAS)			(ANOTE EL NUMERO DE DIAS)				
	¿Agua?	AGUA SOLA.....	<input type="checkbox"/>		AGUA SOLA.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Leche diferente de la leche materna?	LECHE.....	<input type="checkbox"/>		LECHE.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Otros líquidos?	OTROS LIQUIDOS.....	<input type="checkbox"/>		OTROS LIQUIDOS.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Preparación de CEREAL, QUINUA, AVENA, ARROZ	PREPARACION DE CEREAL/QUINUA/..	<input type="checkbox"/>		PREPARACION DE CEREAL.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Preparación de TUBERCULO, FRUTA?	PREPARAC. DE TUBERCULO/FRUTA..	<input type="checkbox"/>		PREPARAC. DE TUBERCULO/PLATANO	<input type="checkbox"/>			
	¿Huevo, pescado, pollo?	HUEVOS/PESCADO/POLLO.....	<input type="checkbox"/>		HUEVOS/PESCADO/POLLO.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Carne?	CARNE.....	<input type="checkbox"/>		CARNE.....	<input type="checkbox"/>			
	¿Otros alimentos sólidos o semisólidos?	OTROS SOLIDOS/SEMISOLIDOS.....	<input type="checkbox"/>		OTROS SOLIDOS/SEMISOLIDOS.....	<input type="checkbox"/>			
442		REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, O SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 443			REGRESE A LA PREGUNTA 405 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO, O SI NO HAY PASE A LA PREGUNTA 443				

SECCION 4B. VACUNACION Y SALUD

443 ANOTE EN 444 Y 445 DE LAS PAGINAS DE LA SECCION EL NUMERO DE LINEA, NOMBRE Y ESTADO DE SUPERVIVENCIA DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1990 EMPEZANDO POR EL ULTIMO. (SI HAY MAS DE DOS NACIMIENTOS, UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES).																																											
444 NUMERO DE LINEA DE LA PREGUNTA 212 →		<input type="text"/> <input type="text"/>																																									
445 DE LA PREGUNTA 212 → DE LA PREGUNTA 216 →		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469) (PASE A 446)	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469) (PASE A 446)																																								
446 ¿Tiene una tarjeta o carnet en la cual están registradas las vacunas de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla, por favor?		SI, FUE VISTA.....1 (PASE A 449) ← SI, NO FUE VISTA.....2 (PASE A 452A) ← NO HAY TARJETA.....3																																									
447 ¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?		SI.....1 (PASE A 452A) ← NO.....2																																									
449 COPIE DE LA TARJETA LAS FECHAS PARA CADA VACUNACION. ANOTE '98' SI FALTA EL DIA, MES Y/O AÑO. ESCRIBA '44' EN LA COLUMNA 'DIA' SI LA TARJETA MUESTRA QUE LE PUSIERON LA VACUNA PERO NO HAY FECHAS. SI HAY FECHAS PARA 'DPT' Y HAY EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO RECIBIO POLIO (RECIBO GOTITAS EN LA BOCA), UTILICE LAS MISMAS FECHAS QUE PARA 'DPT'																																											
BCG POLIO AL NACER POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 DPT 2 DPT 3 SARAMPION		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			DIA	MES	AÑO	BCG				P0				P1				P2				P3				D1				D2				D3				SA			
	DIA	MES	AÑO																																								
BCG																																											
P0																																											
P1																																											
P2																																											
P3																																											
D1																																											
D2																																											
D3																																											
SA																																											
450 ¿Ha recibido (NOMBRE) algunas vacunas que no están registradas en esta tarjeta? ANOTE "SI" SOLAMENTE CUANDO LA ENTREVISTADA MENCIONA VACUNAS DE BCG, DPT1-3, POLIO AL NACER, POLIO 1-3, Y/O SARAMPION.		SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA 'DIA' EN LA PREGUNTA 449) NO.....2 NO SABE.....8																																									
450A		(PASE A 453)																																									
452A Dígame por favor si (NOMBRE) ha recibido alguna de las siguientes vacunas: BCG contra la tuberculosis, esto es, una inyección en el hombro (parte superior del brazo) que deja una cicatriz?		SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8																																									
452B ¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra el Polio, administrada mediante gotas en la boca?		SI.....1 NO.....2 (PASE A 452E) ← NO SABE.....8																																									
452C ¿Cuántas veces?		NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>																																									
452D ¿La primera vacuna contra el Polio fue dada justo al nacer o más tarde?		AL NACER.....1 MAS TARDE.....2																																									

		ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
452E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna triple o DPT, vacuna que generalmente es aplicada al mismo tiempo que la vacuna contra la Polio?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 452G) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 452G) ← NO SABE..... 8		
452F	¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input type="text"/>		
452G	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra el sarampión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
453	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con FIEBRE, en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
454	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con TOS, en algún momento en las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 458) ← NO SABE..... 8		
455	¿Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la TOS, respiraba más rápido que de costumbre, (con respiraciones cortas y rápidas)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
457	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la TOS? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA) ¿Algún otro sitio o persona?	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... D CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... E CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... F CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR G FARMACIA..... H OTRO PRIVADO..... I (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... J OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO PIDIO CONSEJO/TRATAMIENTO.... Y	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C PROMOTOR(A)/RPS/AUXILIAR..... D CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... E CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... F CENTRO PLANIFICACION FAMILIAR... G FARMACIA..... H OTRO PRIVADO..... I (ESPECIFIQUE) AMIGO/FAMILIAR..... J OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO PIDIO CONSEJO/TRATAMIENTO.... Y		
458	¿Ha tenido (NOMBRE) DIARREA durante las últimas dos semanas?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 468) ← NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 468) ← NO SABE..... 8		
459	¿Había sangre en las deposiciones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
460	¿En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	No. DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 (PASE A 463) ←	No. DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98 (PASE A 463) ←		

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____
461	¿En ese día, le dio a tomar la MISMA CANTIDAD de líquidos que le dio antes de la diarrea, MAS LIQUIDOS, o MENOS LIQUIDOS?	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	LO MISMO DE LIQUIDOS..... 1 MAS LIQUIDOS..... 2 MENOS LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8
462	¿En ese día, le dio de comer la MISMA CANTIDAD de sólidos que le dio antes de la diarrea, MAS SOLIDOS, o MENOS SOLIDOS?	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	LO MISMO DE SOLIDOS..... 1 MAS SOLIDOS..... 2 MENOS SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8
463	¿Le dieron a (NOMBRE) sales de rehidratación oral (URO) cuando él/ella tuvo diarrea?	SI..... 1 (PASE A 465A)← NO..... 2 (PASE A 465B)← NO SABE..... 8	SI..... 1 (PASE A 465A)← NO..... 2 (PASE A 465B)← NO SABE..... 8
465A	¿Qué más le dieron para la diarrea? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/ HIERBAS..... D NADA (NADA MAS) E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/HIERBAS..... D NADA (NADA MAS) E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
465B	¿Qué le dieron para la diarrea? ¿Algo más? (ENCIERRE EN UN CIRCULO CADA CATEGORIA QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/ HIERBAS..... D NADA (NADA MAS) E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SOLUCION CASERA RECOMENDADA..... A PASTILLAS O JARABE..... B INYECCION..... C REMEDIO CASERO/HIERBAS..... D NADA (NADA MAS) E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
467	¿Dónde pidió consejo o tratamiento para la diarrea? ¿Algún otro sitio o persona? (ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCION QUE SEA MENCIONADA)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO DE SALUD/PUESTO DE SALUD POSTA SANITARIA..... B CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... C CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... D CNS/OTRAS CAJAS..... E FARMACIA..... F AMIGO/FAMILIAR..... G CENTRO DE PLANIFICACION FAMILAR.. H PROMOTOR (A) DE SALUD..... I NO BUSCO CONSEJO NI TRATAMIENTO.. J OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO DE SALUD/PUESTO DE SALUD POSTA SANITARIA..... B CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... C CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... D CNS/OTRAS CAJAS..... E FARMACIA..... F AMIGO/FAMILIAR..... G CENTRO DE PLANIFICACION FAMILAR.. H PROMOTOR (A) DE SALUD..... I NO BUSCO CONSEJO NI TRATAMIENTO.. J OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)
468		REGRESE A LA PREGUNTA 445 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 469	REGRESE A LA PREGUNTA 445 PARA EL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A LA 469

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
469	¿Cuando un niño tiene diarrea, se le debe dar menor cantidad de LIQUIDOS, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?	MENOS LIQUIDOS..... 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD LIQUIDOS..... 2 MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS..... 3 NO SABE..... 8	
470	¿Cuando un niño tiene diarrea, se le debe dar menor cantidad de SOLIDOS, igual cantidad, o mayor cantidad de lo usual?	MENOS SOLIDOS..... 1 MAS O MENOS MISMA CANTIDAD SOLIDOS..... 2 MAYOR CANTIDAD DE SOLIDOS..... 3 NINGUN SOLIDO..... 4 NO SABE..... 8	
471	¿Por favor dígame cuando se debe llevar un niño enfermo con DIARREA a recibir atención médica? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	MUCHAS DEPOSICIONES FLOJAS..... A VOMITO REPETIDO..... B SANGRE EN LAS DEPOSICIONES..... C FIEBRE..... D SED MARCADA..... E NO BEBE O COME BIEN..... F PONIENDOSE MAS O MUY ENFERMO..... G NO SE MEJORA..... H OTRA RAZON X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
472	¿Por favor dígame cuando se debe llevar un niño enfermo con TOS a recibir atención médica? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	RESPIRACION AGITADA..... A DIFICULTAD PARA RESPIRAR..... B RESPIRACION RUIDOSA..... C FIEBRE..... D INCAPAZ DE BEBER..... E NO BEBE O COME BIEN..... F PONIENDOSE MAS O MUY ENFERMO..... G NO SE MEJORA..... H OTRA RAZON X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
473	VEA 463 TODAS LAS COLUMNAS: NINGUN NIÑO RECIBIO URO: <input type="checkbox"/> ALGUN NIÑO RECIBIO URO: <input type="checkbox"/>		480
474	¿Ha oído usted hablar de un producto llamado URO (sales de rehidratación oral) que usted puede conseguir para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2	
475	¿Ha visto usted alguna vez un sobre como éste? (MUESTRE EL SOBRE)	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 4C CAUSAS DE MUERTE PARA NIÑOS FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS

480	VEA 216 y 219: UNO O MAS FALLECIDOS ENTRE LOS NACIDOS VIVOS EN O <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> DESPUES DE ENERO DE 1990	NINGUN FALLECIDO ENTRE LOS NACIDOS VIVOS EN O <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> DESPUES DE ENERO DE 1990	501
481	ANOTE EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO QUE NACIO Y FALLECIO EN O DESPUES DE ENERO DE 1990 EN LOS ESPACIOS CORRESPONDIENTES Y FORMULE LAS PREGUNTAS RESPECTIVAS. EMPIECE CON EL ULTIMO NIÑO FALLECIDO (SI HAY MAS DE TRES FALLECIDOS, UTILICE PAGINAS ADICIONALES.) Me gustaría ahora preguntarle sobre los eventos y síntomas que tuvo (NOMBRE) antes de morir. Se que es difícil hablar de hijos que murieron, pero esta información es muy importante para la formulación de planes de salud que pueden servir para prevenir la muerte de otros niños.		
485	VEA 212 PARA: NUMERO DE LINEA → <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> NOMBRE → <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	ULTIMO HIJO FALLECIDO <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> NOMBRE <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	PENULTIMO HIJO FALLECIDO <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> NOMBRE <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
485A	¿En que fecha falleció (NOMBRE)? DIA..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> MES..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> AÑO..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	DIA..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> MES..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> AÑO..... <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	
486A	¿Cuál cree usted que fue la causa del fallecimiento de (NOMBRE)? <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
486B	¿Durante la enfermedad (o accidente) que produjo el fallecimiento de (NOMBRE), buscó consejo o tratamiento de alguien o en algún sitio? ENCIERRE CON UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... E CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... F FARMACIA..... H AMIGO/FAMILIAR..... J NO PIDIO CONSEJO/TRATAMIENTO.... M OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A CENTRO/PUESTO SALUD/POSTA SANIT. B CNS/OTRAS CAJAS..... C CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... E CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR... F FARMACIA..... H AMIGO/FAMILIAR..... J NO PIDIO CONSEJO/TRATAMIENTO.... M OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)
486C	¿Dónde falleció (NOMBRE)? <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12 CNS/OTRAS CAJAS..... 13 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR.. 22 SU CASA..... 41 OTRA CASA..... 42 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 CENTRO O PUESTO DE SALUD..... 12 CNS/OTRAS CAJAS..... 13 CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21 CONSULTORIO/MEDICO PARTICULAR.. 22 SU CASA..... 41 OTRA CASA..... 42 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)
487	VEA 219: EDAD AL FALLECIMIENTO →	MENOS DE 30 DIAS <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> (PASE A 488A)	30 DIAS O MAS <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> (PASE A 491A)
488A	¿(NOMBRE) nació después de un parto difícil?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

		ULTIMO HIJO FALLECIDO		PENULTIMO HIJO FALLECIDO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
488B	¿(NOMBRE) nació con alguna deformidad?	SI..... 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 (ESPECIFIQUE) NO..... 2 NO SABE..... 8		
488C	¿Podía (NOMBRE) beber o mamar normalmente en sus primeros dos días de vida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
489A	¿Le dio de mamar a (NOMBRE) en los primeros días de vida?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2		
489B	¿Disminuyó (NOMBRE) de mamar, tuvo dificultad de mamar en los días antes de morir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
489C	¿Tuvo (NOMBRE) convulsiones o espasmos durante la enfermedad que le ocasionó la muerte?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
490A	¿Tuvo (NOMBRE) tos durante la enfermedad que ocasionó su muerte?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 491)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 491)←		
490B	¿Cuántos días le duró la tos? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
490C	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la tos, ¿tenía respiración agitada o difícil?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 491)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 491)←		
490D	¿Durante cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) respiración agitada o difícil? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>		
491		(REGRESE A LA PREGUNTA 485 SI HAY MAS DEFUNCIONES; SI NO HAY MAS, PASE A 501	(REGRESE A LA PREGUNTA 485 SI HAY MAS DEFUNCIONES; SI NO HAY MAS, PASE A 501		
491A	¿Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, tuvo (NOMBRE) diarrea (deposiciones líquidas o aguadas?)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 492A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 492A)←		
491B	La diarrea de (NOMBRE) fue: leve o severa?	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8		
491C	¿En el peor día de la diarrea, cuantas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	No. DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98	No. DE DEPOSICIONES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98		
491D	¿Por cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) diarrea? SI MENOS DE 1 DIA REGISTRE '00'	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>		

		ULTIMO HIJO FALLECIDO		PENULTIMO HIJO FALLECIDO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
491E	Cuando (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿había sangre en la materia fecal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
492A	¿Tuvo (NOMBRE) tos durante la enfermedad que ocasionó su muerte?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←
492B	¿Cuántos días le duró la tos? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
492C	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo con la tos, ¿tenía respiración agitada o difícil?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493A)←
492D	¿Durante cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) respiración agitada o difícil? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
493A	¿Tuvo (NOMBRE) fiebre o calentura durante la enfermedad que le ocasionó su muerte?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493D)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493D)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493D)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 493D)←
493B	La fiebre que tuvo (NOMBRE) ¿fue leve o severa?	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8	LEVE..... 1 SEVERA..... 2 NO SABE..... 8
493C	¿Cuánto tiempo le duró la fiebre? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
493D	Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, ¿estuvo (NOMBRE) inconsciente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
493E	Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, ¿tuvo (NOMBRE) convulsiones?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
494A	Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, ¿tuvo (NOMBRE) ronchas o granos en la cara y cuerpo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 495A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 495A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 495A)←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 495A)←
494B	¿Durante cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) ronchas y granos? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... 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..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>

		ULTIMO HIJO FALLECIDO		ULTIMO HIJO FALLECIDO	
		NOMBRE _____		NOMBRE _____	
495A	Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, ¿estuvo (NOMBRE) muy flaco?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 495C)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 495C)←		
495B	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) muy flaco?	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9 9 8	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9 9 8		
495C	Durante la enfermedad que le ocasionó la muerte, ¿a (NOMBRE) se le inflamaron (hincharon) los pies o las piernas?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 496)←	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8 (PASE A 496)←		
495D	¿Durante cuánto tiempo le duró la inflamación (hinchazón)? SI MENOS DE 1 DIA, REGISTRE '00'	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9 9 8	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9 9 8		
496		(REGRESE A LA PREGUNTA 485 SI HAY MAS DEFUNCIONES; SI NO HAY MAS, PASE A 501)	(REGRESE A LA PREGUNTA 485 SI HAY MAS DEFUNCIONES; SI NO HAY MAS, PASE A 501)		

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
502	¿Está usted casada o unida ahora?	CASADA..... 1 EN UNION..... 2 NO ESTA EN UNION..... 3	506
503	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre?	SI..... 1 NO..... 2	505
504	MARQUE "0" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES HASTA ENERO DE 1989.		
504A	PASE A 515		
505	¿Entonces, cual es su estado civil actual: es usted viuda, divorciada, o separada?	VIUDA..... 1 DIVORCIADA..... 2 SEPARADA..... 3	510
506	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
510	¿Ha estado usted casada o unida (concubinada) solamente una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	
511	¿En qué mes y año empezó a vivir con su (primer) esposo/compañero?	MES..... NO SABE MES..... 98 AÑO..... NO SABE AÑO..... 98	513
512	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con él?	EDAD.....	
513	DETERMINE EL NUMERO DE MESES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION A PARTIR DE ENERO DE 1989. MARQUE "X" EN LA COLUMNA 3 DEL CALENDARIO POR CADA MES QUE HA ESTADO CASADA O EN UNION, Y MARQUE "0" POR CADA MES QUE NO HA ESTADO CASADA O EN UNION, DESDE ENERO DE 1989. PARA AQUELLAS MUJERES QUE NO ESTAN ACTUALMENTE CASADAS O EN UNION O QUE TENGAN MAS DE UNA UNION: INDAGUE POR LA FECHA EN LA CUAL LA PAREJA DEJO DE VIVIR JUNTA O ENVIUDO, Y LA FECHA DE ALGUN MATRIMONIO O UNION POSTERIOR.		
514	CONTINUE CON 515		
515	Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad. VEA 210: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales, si es que ha tenido?	NUNCA..... 0 HACE DIAS..... 1 HACE SEMANAS..... 2 HACE MESES..... 3 HACE AÑOS..... 4 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO..... 9	613
516	¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD..... PRIMERA VEZ CUANDO CASADA..... 96	

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

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

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																																																					
609	¿Cuál método preferiría utilizar? _____	PILDORA..... 01 DISPOSITIVO INTRAUTERINO..... 02 PRESERVATIVO (CONDON)..... 03 INYECCIONES..... 04 MORPLANT (IMPLANTES) 05 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 RITMO, BILLINGS..... 09 RETIRO..... 10 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO ESTA SEGURA..... 98																																																																						
609A	CONTINUE CON 613																																																																							
610	¿Cuál es la principal razón por la cual usted no piensa usar ningún método? ANOTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA OTRA RAZON EN LA SEGUNDA COLUMNA _____	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>RAZON PRINCIPAL</th> <th>OTRA RAZON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NO ESTA CASADA O UNIDA.....</td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr><td>SEXO INFRECUENTE.....</td><td>23</td><td>23</td></tr> <tr><td>MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...</td><td>24</td><td>24</td></tr> <tr><td>SUBFERTIL/INFERTIL.....</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>POSTPARTO/LACTANCIA.....</td><td>26</td><td>26</td></tr> <tr><td>DESEA MAS HIJOS.....</td><td>27</td><td>27</td></tr> <tr><td>OPOSICION DE ELLA.....</td><td>31</td><td>31</td></tr> <tr><td>OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.</td><td>32</td><td>32</td></tr> <tr><td>OPOSICION DE PARTE DE OTROS....</td><td>33</td><td>33</td></tr> <tr><td>POR RAZONES RELIGIOSAS.....</td><td>34</td><td>34</td></tr> <tr><td>NO CONOCE METODO.....</td><td>41</td><td>41</td></tr> <tr><td>NO CONOCE FUENTE.....</td><td>42</td><td>42</td></tr> <tr><td>PREOCCUPACIONES DE SALUD.....</td><td>51</td><td>51</td></tr> <tr><td>MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...</td><td>52</td><td>52</td></tr> <tr><td>LEJANIA.....</td><td>53</td><td>53</td></tr> <tr><td>MUY COSTOSO.....</td><td>54</td><td>54</td></tr> <tr><td>INCONVENIENTE PARA USAR.....</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....</td><td>56</td><td>56</td></tr> <tr><td>NINGUNA OTRA RAZON</td><td>95</td><td></td></tr> <tr><td>OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SABE.....</td><td>98</td><td></td></tr> </tbody> </table>		RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON	NO ESTA CASADA O UNIDA.....	11	11	SEXO INFRECUENTE.....	23	23	MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...	24	24	SUBFERTIL/INFERTIL.....	25	25	POSTPARTO/LACTANCIA.....	26	26	DESEA MAS HIJOS.....	27	27	OPOSICION DE ELLA.....	31	31	OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.	32	32	OPOSICION DE PARTE DE OTROS....	33	33	POR RAZONES RELIGIOSAS.....	34	34	NO CONOCE METODO.....	41	41	NO CONOCE FUENTE.....	42	42	PREOCCUPACIONES DE SALUD.....	51	51	MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...	52	52	LEJANIA.....	53	53	MUY COSTOSO.....	54	54	INCONVENIENTE PARA USAR.....	55	55	INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....	56	56	NINGUNA OTRA RAZON	95		OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)			OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	98		
	RAZON PRINCIPAL	OTRA RAZON																																																																						
NO ESTA CASADA O UNIDA.....	11	11																																																																						
SEXO INFRECUENTE.....	23	23																																																																						
MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA...	24	24																																																																						
SUBFERTIL/INFERTIL.....	25	25																																																																						
POSTPARTO/LACTANCIA.....	26	26																																																																						
DESEA MAS HIJOS.....	27	27																																																																						
OPOSICION DE ELLA.....	31	31																																																																						
OPOSICION DEL ESPOSO/COMPAÑERO.	32	32																																																																						
OPOSICION DE PARTE DE OTROS....	33	33																																																																						
POR RAZONES RELIGIOSAS.....	34	34																																																																						
NO CONOCE METODO.....	41	41																																																																						
NO CONOCE FUENTE.....	42	42																																																																						
PREOCCUPACIONES DE SALUD.....	51	51																																																																						
MIEDO DE EFECTOS SECUNDARIOS...	52	52																																																																						
LEJANIA.....	53	53																																																																						
MUY COSTOSO.....	54	54																																																																						
INCONVENIENTE PARA USAR.....	55	55																																																																						
INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL ORGANISMO.....	56	56																																																																						
NINGUNA OTRA RAZON	95																																																																							
OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																																								
OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																																								
NO SABE.....	98																																																																							
610A	¿Alguna otra razón? ANOTE LA RESPUESTA Y CIRCULE EL CODIGO DE LA OTRA RAZON EN LA SEGUNDA COLUMNA _____																																																																							
611	VEA 610: EL CODIGO 11 APARECE EN CUALQUIERA DE LAS DOS RAZONES <input type="checkbox"/>																																																																							
	EL CODIGO 11 NO FUE CIRCULADO <input type="checkbox"/>																																																																							
	<div style="text-align: right;">→ 613</div>																																																																							

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
612	¿Utilizaría un método si estuviese casada o en unión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
613	VEA 216: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>SIN HIJOS VIVOS: <input type="text"/></p> <p>Si pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>TIENE HIJOS VIVOS: <input type="text"/></p> <p>Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos e hijas que tendría en toda su vida, ¿Cuántos serían?</p> </div> </div> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE Y ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE, O LA OTRA RESPUESTA</p>	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA 96 → 615 (ESPECIFIQUE)	
614	¿Cuántos le gustaría que fuesen hombres y cuántos que fuesen mujeres?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> HOMBRES MUJERES TOTAL </div> NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA 999996 (ESPECIFIQUE)	
615	¿En general, esta usted de acuerdo con que las parejas usen métodos o hagan algo para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO..... 1 NO ESTA DE ACUERDO..... 2 → 617A SIN OPINION..... 3 → 617A	
616	¿Usted ha recomendado alguna vez la planificación familiar a una amiga, familiar, u otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	
617A	¿Es aceptable para usted que se transmita por la RADIO información sobre planificación familiar? (¿Está usted de acuerdo en que se transmita.....)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
617B	¿Es aceptable para usted que se transmita por la TELEVISION información sobre planificación familiar? (¿Está usted de acuerdo en que se transmita...)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
618	¿En los últimos 6 meses, usted ha oído o leído sobre planificación familiar: En la radio? En la televisión? En un periódico o revista? En un afiche? En folletos?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SI NO </div> RADIO..... 1 2 TELEVISION..... 1 2 PERIODICO O REVISTA..... 1 2 AFICHE..... 1 2 FOLLETOS..... 1 2	
630	¿En los últimos 6 meses, usted ha conversado sobre la práctica de la planificación familiar con alguno de sus familiares o amigas?	SI..... 1 NO..... 2 → 632	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
631	¿Con quién? ¿Alguién más? REGISTRE TODOS LOS QUE MENCIONA	ESPOSO/COMPAÑERO..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJA..... F SUEGRA..... G AMIGAS..... H OTRO FAMILIAR..... X (ESPECIFIQUE)	
632	¿Cree usted que la mayoría, algunas, o ninguna de las mujeres que conoce utilizan alguna forma de planificación familiar?	LA MAYORIA..... 1 ALGUNAS..... 2 NINGUNA..... 3 NO SABE..... 8	
633	VEA 502: ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/>	NO ESTA CASADA NI VIVE EN UNION: <input type="checkbox"/>	701
634	Es sabido que las parejas no siempre están de acuerdo en todo. ¿Cree usted que su esposo(compañero) está de acuerdo con que las parejas usen un método para evitar o demorar un embarazo?	ESTA DE ACUERDO 1 NO ESTA DE ACUERDO..... 2 NO SABE..... 8	
635	¿Ha conversado alguna vez con su esposo(compañero) acerca del número de hijos que les gustaría tener?	SI..... 1 NO..... 2	
636	¿Cree usted que su esposo(compañero) quiere el MISMO número de hijos que usted quiere, MAS de los que usted quiere, o MENOS de los que usted quiere?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8	

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

39

32

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
722	<p>VEA 702:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sola, su esposo(compañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién decide principalmente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?</p> </div> </div>	<p>LA ENTREVISTADA DECIDE..... 1</p> <p>ESPOSO O COMPAÑERO DECIDE..... 2</p> <p>ALGUIEN MAS DECIDE..... 3</p> <p>JUNTO CON ESPOSO/COMPAÑERO..... 4</p> <p>JUNTO CON ALGUIEN MAS..... 5</p>	
723	¿Realiza usted su trabajo actual en la casa, o fuera de la casa?	<p>EN LA CASA..... 1</p> <p>FUERA DE LA CASA..... 2</p>	
724	<p>VEA 217 y 218:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SI TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		726
725	¿Generalmente, quién cuida de (NOMBRE DEL MENOR) mientras usted trabaja?	<p>ELLA MISMA..... 01</p> <p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 02</p> <p>HIJA(S) MAYOR (ES)..... 03</p> <p>HIJO(S) MAYOR (ES)..... 04</p> <p>OTROS FAMILIARES..... 05</p> <p>VECINDS..... 06</p> <p>AMIGOS..... 07</p> <p>SIRVIENTE/EMPLEADO DOMESTICO 08</p> <p>NIÑO ESTA EN LA ESCUELA/KINDER 09</p> <p>GUARDERIA INFANTIL..... 10</p> <p>NO TRABAJA DESDE QUE NACIO EL NIÑO..... 11</p> <p>OTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
726	<p>¿Ahora me gustaría que habláramos sobre las localidades en las cuales usted ha vivido en los últimos años.</p> <p>¿Usted ha vivido en una sola localidad o en más de una localidad desde Enero de 1989?</p>	<p>UNA LOCALIDAD..... 1</p> <p>MAS DE UNA LOCALIDAD..... 2</p>	728
727A	<p>MARQUE (EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO), EL CODIGO CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD ACTUAL. ('1': CIUDAD; '2': PUEBLO; '3': CAMPO). COMIENCE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES HASTA ENERO DE 1989.</p>		
727B	PASE A 801		
728	<p>¿En que mes y año se trasladó a (NOMBRE DE LA LOCALIDAD DE LA ENTREVISTA)?</p> <p>MARQUE (EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO), 'X' EN EL MES Y AÑO DEL TRASLADO, EN LOS MESES SIGUIENTES EL CODIGO APROPIADO PARA EL TIPO DE COMUNIDAD ('1': CIUDAD; '2': PUEBLO; '3': CAMPO). CONTINUE EL SONDEO PARA LAS COMUNIDADES ANTERIORES Y REGISTRE LOS TRASLADOS COMO CORRESPONDA.</p> <p>PREGUNTAS ILUSTRATIVAS:</p> <p>¿Dónde vivió antes de vivir en.....?</p> <p>¿En que mes y año se trasladó a.....?</p> <p>¿Ese sitio era una ciudad, un pueblo, o campo?</p>		

SECCION 8 SIDA

801	VEA 515:	HA TENIDO RELACIONES <input type="checkbox"/>	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	805	
802	VEA 301 y 302:	<p>CONOCE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora necesito hacerle otras preguntas sobre actividad sexual. ¿La última vez que usted tuvo relaciones, utilizó el condón?</p>	<p>NO CONOCE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora necesito hacerle otras preguntas sobre actividad sexual. Los hombres pueden ponerse un preservativo durante las relaciones sexuales. ¿La última vez que usted tuvo relaciones, utilizó el condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
803	¿Sabe usted dónde se pueden conseguir condones?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 805</p>			
804	<p>¿Dónde pueden conseguirse principalmente los condones?</p> <p>ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y SONDEE PARA IDENTIFICAR SI LA FUENTE ES PUBLICA O PRIVADA</p> <p>_____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... 11</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD/POSTA SANITARIA. 12</p> <p>CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS)/OTRAS CAJAS. 13</p> <p>CLINICA/HOSPITAL PRIVADO..... 21</p> <p>CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 22</p> <p>CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 23</p> <p>FARMACIA..... 24</p> <p>OTRO PRIVADO..... 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... 31</p> <p>OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>			
805	¿Ud. ha oído hablar de una enfermedad llamada SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 819</p>			

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
806	<p>¿De qué fuentes de información se ha enterado usted sobre el SIDA?</p> <p>INDAGUE POR MAS RAZONES Y REGISTRE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>RADIO..... A</p> <p>TELEVISION..... B</p> <p>PERIODICOS/REVISTAS..... C</p> <p>FOLLETOS/AFICHES..... D</p> <p>TRABAJADORES DE SALUD..... E</p> <p>IGLESIAS..... F</p> <p>ESCUELAS/MAESTROS..... G</p> <p>REUNIONES COMUNITARIAS..... H</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES..... I</p> <p>SITIO DE TRABAJO..... J</p> <p>OTRO..... X</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	
807	<p>¿Hay algo que pueda hacer una persona para protegerse contra el SIDA o el virus que contra el SIDA?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 811</p> <p>NO SABE..... 8 → 811</p>	
808	<p>¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?</p> <p>¿Que otra cosa puede hacer?</p> <p>ANOTE TODAS LA MENCIONADAS</p>	<p>PRACTICAR SEXO SEGURO..... A</p> <p>ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B</p> <p>USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C</p> <p>NO SER PROMISCO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D</p> <p>EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E</p> <p>EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F</p> <p>EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G</p> <p>EVITAR INYECCIONES..... H</p> <p>EVITAR BESARSE..... I</p> <p>EVITAR PICADURAS DE ZANCUDOS..... J</p> <p>VISITAR AL CURANDERO..... K</p> <p>OTRO..... M</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>OTRO..... X</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
809	<p>VEA 808:</p> <p> MENCIOMO <input type="checkbox"/></p> <p> 'PRACTICAR SEXO SEGURO'</p>	<p> NO MENCIOMO <input type="checkbox"/></p> <p> 'PRACTICAR SEXO SEGURO'</p>	→ 811
810	<p>¿Qué significa para usted "practicar sexo seguro"?</p> <p>ANOTE TODAS LA MENCIONADAS</p>	<p>ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B</p> <p>USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C</p> <p>NO SER PROMISCO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D</p> <p>EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E</p> <p>EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F</p> <p>OTRO..... X</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
811	<p>¿Es posible que una persona que parece completamente saludable padezca del SIDA?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
812	¿Usted cree que el SIDA es curable?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
813	¿Cree que los riesgos de USTED para contraer el SIDA son PEQUEÑOS, MODERADOS, GRANDES, o que NO hay riesgos?	NO HAY RIESGO..... 1 RIESGO PEQUEÑO..... 2 RIESGO MODERADO..... 3 RIESGO GRANDE..... 4 NO SABE..... 8	814A 814B 815A 815B 816
814A	¿Por qué cree que NO TIENE RIESGO de contraer el SIDA? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	SE ABSTIENE DE RELACIONES..... B USA CONDONES CUANDO TIENE RELACIONES..... C ES MONOGAMA (SOLO UNA PAREJA)..... D ESPOSO NO VISITA PROSTITUTAS..... E ESPOSO NO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXU... F NO HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
814B	¿Por qué cree que tiene RIESGO PEQUEÑO de contraer el SIDA? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS		
814C	PASE A 816	PASE A 816	
815A	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son MODERADOS? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	NO USA CONDONES..... C ELLA TIENE VARIAS PAREJAS..... D ESPOSO VISITA PROSTITUTAS..... E ESPOSO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... F TUVO UNA TRANSFUSION DE SANGRE..... G LE HAN APLICADO INYECCIONES..... H ESPOSO TIENE VARIAS PAREJAS..... I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
815B	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son GRANDES? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS		
816	VEA 801: HA TENIDO RELACIONES <input type="checkbox"/>	NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	819
817	¿Desde que usted oyó hablar del SIDA, ha cambiado su comportamiento sexual para protegerse contra el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	819 819
818	¿Qué ha hecho? ¿Que otra cosa ha hecho? ANOTE TODAS LA MENCIONADAS	DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C SE HA LIMITADO A TENER UNA SOLA PAREJA... D ESPOSO YA NO VISITA PROSTITUTAS..... E ESPOSO YA NO VISITA HOMOSEXUALES..... F OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
819	ANOTE LA HORA	HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECCION 9. SAL YODADA, PESO Y TALLA

901A	¿Qué tipo de sal utilizó ayer para cocinar? HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL UTILIZADA AYER PARA COCINAR.	SAL EN BOLSAS CON SELLO .. 1 SAL EN BOLSAS SIN SELLO... 2 SAL EN BLOQUE..... 3 SAL GRANULADA..... 4 NINGUNA SAL..... 0 OTRA 6 (ESPECIFIQUE)	901B. EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES: <table border="1"> <thead> <tr> <th>POSITIVO (COLOR MORADO)</th> <th>NEGATIVO (NO CAMBIA DE COLOR)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		POSITIVO (COLOR MORADO)	NEGATIVO (NO CAMBIA DE COLOR)	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
POSITIVO (COLOR MORADO)	NEGATIVO (NO CAMBIA DE COLOR)															
1	2															
1	2															
1	2															
1	2															
1	2															
902 VEA 215: <table border="1"> <tr> <td>UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1990</td> <td>SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990</td> </tr> </table>					UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1990	SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990										
UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1990	SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990															
ENCUESTADORA: EN 902A (COL. 2-4), ANOTE EL NUMERO DE LINEA DE CADA NIÑO NACIDO DESDE ENERO 1990 Y QUE AUN ESTE VIVO. EN 903 Y 904 ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990. EN 906 Y 908 ANOTE LA ESTATURA/TALLA Y PESO DE LA ENTREVISTADA Y DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS. (NOTA: TODAS LAS ENTREVISTADAS QUE TENGAN UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990 DEBEN SER MEDIDAS Y PESADAS INCLUSIVE SI TODOS LOS HIJOS HAN MUERTO. SI HAY MAS DE TRES HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1990, UTILICE FORMAS ADICIONALES).																
No.		1 ENTREVISTADA	2 HIJO MENOR VIVO	3 PENULTIMO HIJO VIVO	4 ANTEPENULTIMO HIJO VIVO											
902A	NUMERO DE LINEA PREGUNTA 212															
903	NOMBRE DE P. 212 PARA NIÑOS	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)											
904	FECHA DE NACIMIENTO: • DE PREGUNTA 105 PARA LA ENTREVISTADA. • DE LA PREGUNTA 215 PARA NIÑOS.	MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....											
905	CICATRIZ DE BCG EN EL HOMBRO.		CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2											
906	ALTURA/TALLA (en centímetros)															
907	SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑO(A): • ACOSTADO(A), o • PARADO(A)		ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2											
908	PESO (en kilogramos)															
909	FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....	DIA..... MES..... AÑO.....											
910	RESULTADO	MEDIDA 1 NO PRESENTE 3 RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	HIJO MEDIDO 1 HIJO ENFERMO 2 HIJO NO PRESENTE 3 HIJO RECHAZO 4 MADRE RECHAZO 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)											
911	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HIZO LA MEDICION:	NOMBRE DEL ASISTENTE:														

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

Comentarios sobre la Entrevistada: _____

Comentarios sobre Preguntas Específicas: _____

Otro Tipo de Comentarios: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

INSTRUCCIONES: SOLAMENTE PUEDE APARECER
UN CODIGO EN CADA CASILLA. TODOS LOS MESES
DE LAS COLUMNAS 1, 3, Y 4 DEBERAN SER LLENADOS.

INFORMACION QUE DEBE SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA:

COL.1: Nacimientos, embarazos, uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGUN METODO
1 PILDORA
2 DIU
3 PRESERVATIVO (CONDOM)
4 INYECCIONES
5 NORPLANT (IMPLANTES)
6 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA
7 ESTERILIZACION FEMENINA
8 ESTERILIZACION MASCULINA
9 ABSTINENCIA PERIODICA
A RETIRO
X OTRO

(ESPECIFIQUE)

Col.2: Interrupción del Uso de Anticonceptivos

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 QUERIA QUEDAR EMBARAZADA
3 COMPAÑERO DESAPROBABA
4 EFECTOS SECUNDARIOS
5 PREOCUPACIONES POR LA SALUD
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
7 QUERIA METODO MAS EFECTIVO
8 INCONVENIENTE DE USAR
9 SEXO INFRECUENTE/COMPAÑERO LEJOS
C COSTO
F FATALISTA
D DIFIC. EN QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
S DISOLUCION MATRIMONIAL/SEPARACION
X OTRO

(ESPECIFIQUE)

2 NO SABE

COL.3: Matrimonio/Unión

X EN UNION (CASADOS O VIVIENDO JUNTOS)
0 NO ESTA EN UNION

COL.4: Cambios y sitios de Residencia

X CAMBIO DE RESIDENCIA
1 CIUDAD
2 PUEBLO
3 CAMPO

	1		1	2	3	4	
		06 JUN 01					01 JUN
1		05 MAY 02					02 MAY 1
9		04 ABR 03					03 ABR 9
9		03 MAR 04					04 MAR 9
4		02 FEB 05					05 FEB 4
		01 ENE 06					06 ENE
		12 DIC 07					07 DIC
		11 NOV 08					08 NOV
		10 OCT 09					09 OCT
		09 SEP 10					10 SEP
1		08 AGO 11					11 AGO 1
9		07 JUL 12					12 JUL 9
9		06 JUN 13					13 JUN 9
3		05 MAY 14					14 MAY 3
		04 ABR 15					15 ABR
		03 MAR 16					16 MAR
		02 FEB 17					17 FEB
		01 ENE 18					18 ENE
		12 DIC 19					19 DIC
		11 NOV 20					20 NOV
		10 OCT 21					21 OCT
		09 SEP 22					22 SEP
1		08 AGO 23					23 AGO 1
9		07 JUL 24					24 JUL 9
9		06 JUN 25					25 JUN 9
2		05 MAY 26					26 MAY 2
		04 ABR 27					27 ABR
		03 MAR 28					28 MAR
		02 FEB 29					29 FEB
		01 ENE 30					30 ENE
		12 DIC 31					31 DIC
		11 NOV 32					32 NOV
		10 OCT 33					33 OCT
		09 SEP 34					34 SEP
1		08 AGO 35					35 AGO 1
9		07 JUL 36					36 JUL 9
9		06 JUN 37					37 JUN 9
1		05 MAY 38					38 MAY 1
		04 ABR 39					39 ABR
		03 MAR 40					40 MAR
		02 FEB 41					41 FEB
		01 ENE 42					42 ENE
		12 DIC 43					43 DIC
		11 NOV 44					44 NOV
		10 OCT 45					45 OCT
		09 SEP 46					46 SEP
1		08 AGO 47					47 AGO 1
9		07 JUL 48					48 JUL 9
9		06 JUN 49					49 JUN 9
0		05 MAY 50					50 MAY 0
		04 ABR 51					51 ABR
		03 MAR 52					52 MAR
		02 FEB 53					53 FEB
		01 ENE 54					54 ENE
		12 DIC 55					55 DIC
		11 NOV 56					56 NOV
		10 OCT 57					57 OCT
		09 SEP 58					58 SEP
1		08 AGO 59					59 AGO 1
9		07 JUL 60					60 JUL 9
8		06 JUN 61					61 JUN 8
9		05 MAY 62					62 MAY 9
		04 ABR 63					63 ABR
		03 MAR 64					64 MAR
		02 FEB 65					65 FEB
		01 ENE 66					66 ENE