

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1993/1994

ENDSA II

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDENTIFICACION

--	--	--	--

--	--	--

2
---

--	--

PAQUETE

VIVIENDA CUEST. MUJER

<p>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</p> <p>a) AREA URBANA:</p> <p>CALLE _____ No _____</p> <p>PISO _____ DEPTO _____</p> <p>b) AREA RURAL:</p> <p>CAMINO O CARRETERA _____</p>	<p>UBICACION GEOGRAFICA:</p> <p>1. DEPARTAMENTO.....</p> <p>2. PROVINCIA.....</p> <p>3. CANTON.....</p> <p>4. CIUDAD/LOCALIDAD.....</p> <p>5. ZONA.....</p> <p>6. SECTOR.....</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table>								

RESULTADOS DE LAS VISITAS				
	1ra.	2da.	3ra.	VISITA FINAL
FECHA				DIA MES AÑO
ENTREVISTADORA.....				ENTREV.
RESULTADO* .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESULTADO
PROXIMA VISITA				NUMERO TOTAL DE VISITAS
FECHA HORA				

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA \_\_\_\_\_ NO. LINEA

<p>*CODIGOS DE RESULTADO:</p> <p>1 COMPLETA      5 PARCIALMENTE COMPLETA</p> <p>2 AUSENTE      6 OTRA</p> <p>3 POSTERGADA      (ESPECIFIQUE)</p> <p>4 RECHAZO</p>	<p>IDIOMA DE LA ENTREVISTA</p> <p>1 CASTELLANO      4 GUARANI</p> <p>2 QUECHUA      5 OTRO</p> <p>3 AYMARA</p>
---	--

PARA USO DE OFICINA:

PARCIALMENTE COMPLETA UTILIZABLE  NO UTILIZABLE

CONTROL OFICINA	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE				
FECHA				
CODIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANTE LA HORA.	HORAS ..... MINUTOS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
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 nacio usted?	MES ..... NO SABE MES ..... 98 AÑO ..... NO SABE AÑO ..... 98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS .....	<input type="text"/>
106A	COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI NO COINCIDEN.		
107	¿Asistio usted alguna vez a la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2	114
108	¿Cual es el último curso y nivel (de instruccion) alcanzado por usted?	CODIGOS PARA CURSO 0 Ninguno 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero 4 Cuarto 5 Quinto 6 Sexto 7 Egresado/Titulado	CIRCULE NIVEL ANOTE CURSO NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 BASICO..... 3 INTERMEDIO..... 4 MEDIO..... 5 SUPERIOR..... 6 OTRO..... 7
110	VEA 106: TIENE 24 AÑOS O MENOS: <input type="text"/>	TIENE 25 AÑOS O MAS: <input type="text"/>	113
111	¿Actualmente asiste a algún centro de enseñanza formal (como ser: escuela, colegio, universidad, normal, CEMA, etc)?	SI..... 1 NO..... 2	113

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 COM 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: ¿Que idioma hablan sobre todo a las horas de comida?	CASTELLANO.....01 AYMARÁ.....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 _____	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EM 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:	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:		
	Propia?	PROPIA..... 01	
	Alquilada?	ALQUILADA..... 02	
	Contrato anticrético o mixto?	CONTRATO ANTICRETICO O MIXTO..... 03	
	Cedida?	CEDIDA (POR SERVICIOS, PARENTESCO)..... 04	
	Otra?	OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
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	
202	De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que ahora vive con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? (ANOTE '00' SI LA RESPUESTA ES 'NINGUNO')  ¿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 esta viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 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 sobrevivio por algunas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 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 informacion 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="checkbox"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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.. <input type="text"/> MES.. <input type="text"/> AÑO.. <input type="text"/>	SI.... 1 NO.... 2 (PASE A 219)	EDAD <input type="text"/>	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  
NO..... 2

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 terminó el último 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 MENOPAUSTIA..... 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)?		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.
		SI RECONOCIDO	NO CONOCE	
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	SI..... 1 NO..... 2
		ESPECIFIQUE		
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 → 307 NO..... 2	
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 tenia Ud. cuando comenzó a usar por primera vez un metodo para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS .....	<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 → 326	
313	¿Que metodo esta(n) usando? ¿Que esta(n) haciendo?  TEXTUALMENTE: _____ _____	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 → 325 PRESERVATIVO (CONDON) ..... 03 → 325 INYECCIONES ..... 04 → 325 NORPLANT (IMPLANTES) ..... 05 → 325 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETAS..... 06 → 325 ESTERILIZACION FEMENINA ..... 07 → 317 ESTERILIZACION MASCULINA ..... 08 → 317 ABSTINENCIA PERIODICA (RITMO) ..... 09 → 322 RETIRO ..... 10 → 325 OTRO _____ 96 → 325 (ESPECIFIQUE)	
313A	PARA ESTERILIZACION FEMENINA CIRCULE EL "07"		



No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
321A	VEA 320: ESTERILIZADA ANTES DE ENERO DE 1989 <input type="checkbox"/> PASE A 330B	ESTERILIZADA DESPUES DE ENERO DE 1989 <input type="checkbox"/> PASE A 326	
322	Entre una regla y otra ¿hay días en las cuales una mujer tiene más riesgo de quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 324 NO SABE..... 8 → 324	
323	¿En cuáles días entre una menstruación y otra, cree usted que la mujeres tiene mayor posibilidad de quedar embarazada?  _____	DURANTE LA REGLA (PERIODO MENSTRUAL) ... 01 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA..... 02 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA ..... 03 INMEDIATAMENTE ANTES DE LA REGLA..... 04 EN CUALQUIER MOMENTO ..... 05 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	
324	¿Cómo calcula usted en que días no puede tener relaciones sexuales?	CALENDARIO/CUENTA DIAS ..... 01 TEMPERATURA DEL CUERPO ..... 02 MOCO CERVICAL/(BILLINGS) ..... 03 TEMPERATURA Y MOCO CERVICAL ..... 04 NO METODO ESPECIFICO ..... 05 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
325	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.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - ¿Cuándo empezó a usar continuamente este método? - ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente este método?		
326	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.  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.  USE LOS NOMBRES DE HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO, Y PERIODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA.  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.  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.  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.  PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: COLUMNA 1: - ¿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?  COLUMNA 2: - ¿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?  SI DEJO DE USAR INTENCIONALMENTE (EL METODO) PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "¿Cuántos meses esperó hasta quedar embarazada, después de que dejó de usar el (METODO)? Y ANOTE "0" POR CADA MES, EN LA COLUMNA 1.		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE 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	<p>¿Sabe de algún otro lugar en donde hubiera podido obtener (METODO)?</p>	<p>SI ..... 1</p>	
330B	<p>¿Al momento de la operación, sabía usted de algún otro lugar en donde podría haberse hecho operar?</p>	<p>NO ..... 2 → 335</p>	

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



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 COMIENZE 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. (Hablarémos por turno, sobre cada niño).			
403	VEA 212 PARA:  NUMERO DE LINEA → NOMBRE →	ULTIMO NACIDO VIVO  NOMBRE	PENULTIMO NACIDO VIVO  NOMBRE
404	DE LA PREGUNTA 216 →	VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VIVO MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
405	¿Cuándo 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MESES..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
407	¿Cuándo 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..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98
409	¿Cuántas visitas de control de embarazo tuvo usted durante el embarazo de (NOMBRE)? (control prenatal, atención prenatal)	NUMERO DE VISITAS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98	NUMERO DE VISITAS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98
410	¿Cuándo 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..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8	NUMERO DE VECES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8

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

No.	ULTIMO NACIDO VIVO		PENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE _____		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 (PASE A 421)← NO..... 2 (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 (PASE A 427)← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 427)← NO..... 2	
426	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 OTRA RAZON _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 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"/> NO SABE..... 98	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
431	¿Por qué dejó de darle pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA/DEBIL..... 01 NIÑO ENFERMO/DEBIL..... 02 NIÑO MURIO..... 03 PROBLEMAS PEZON/PECHO..... 04 LECHE INSUFICIENTE..... 05 MADRE TRABAJA..... 06 EL NIÑO RECHAZO..... 07 EDAD DE DESTETE..... 08 QUEDO EMBARAZADA..... 09 EMPEZO ANTICONCEPCION..... 10 OTRA RAZON..... 96 (ESPECIFIQUE)		
431A	¿A que edad empezó a recibir otros alimentos (además de la leche materna)?	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <input type="text"/> AUN NO RECIBE ..... 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS ..... 1 <input type="text"/> MESES ..... 2 <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"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE <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"/>	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA <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/SEMI SOLIDO..	1	2	8	OTRO SOLIDO/SEMI SOLIDO..	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/SEMI SOLIDOS.....	<input type="checkbox"/>	OTROS SOLIDOS/SEMI SOLIDOS.....	<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

<b>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).</b>		
<b>444</b> NUMERO DE LINEA DE LA PREGUNTA 212 →	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<b>445</b> DE LA PREGUNTA 212 → DE LA PREGUNTA 216 →	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> → (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469) (PASE A 446)	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____ VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> → (PASE AL PROXIMO NACIMIENTO; SI NO HAY MAS, PASE A 469) (PASE A 446)
<b>446</b> ¿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	SI, FUE VISTA.....1 (PASE A 449) ← SI, NO FUE VISTA.....2 (PASE A 452A) ← NO HAY TARJETA.....3
<b>447</b> ¿Tuvo alguna vez una tarjeta de vacunación (o de salud) de (NOMBRE)?	SI.....1 (PASE A 452A) ← NO.....2	SI.....1 (PASE A 452A) ← NO.....2
<b>449</b> 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 (RECIBIO GOTITAS EN LA BOCA), UTILICE LAS MISMAS FECHAS QUE PARA 'DPT'		
	DIA    MES    AÑO	DIA    MES    AÑO
BCG	BCG	BCG
POLIO AL NACER	P0	P0
POLIO 1	P1	P1
POLIO 2	P2	P2
POLIO 3	P3	P3
DPT 1	D1	D1
DPT 2	D2	D2
DPT 3	D3	D3
SARAMPION	SA	SA
<b>450</b> ¿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	SI.....1 (INDAGUE POR VACUNAS Y ESCRIBA "66" EN LA COLUMNA 'DIA' EN LA PREGUNTA 449). NO.....2 NO SABE.....8
<b>450A</b>	(PASE A 453)	(PASE A 453)
<b>452A</b> 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	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8
<b>452B</b> ¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra el Polio, administrada mediante gotas en la boca?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452E) ← NO SABE.....8	SI.....1 NO.....2 (PASE A 452E) ← NO SABE.....8
<b>452C</b> ¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES..... <input style="width: 20px;" type="text"/>	NUMERO DE VECES..... <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>452D</b> ¿La primera vacuna contra el Polio fue dada justo al nacer o más tarde?	AL NACER.....1 MAS TARDE.....2	AL NACER.....1 MAS TARDE.....2



	ULTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	
	NOMBRE _____	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 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 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)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
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 FAMILIAR.. 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 FAMILIAR.. 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 type="text"/> DESPUES DE ENERO DE 1990	NINGUN FALLECIDO ENTRE LOS NACIDOS VIVOS EN O <input 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 →  NOMBRE →	ULTIMO HIJO FALLECIDO <input type="text"/> NOMBRE _____	PENULTIMO HIJO FALLECIDO <input type="text"/> NOMBRE _____
485A	¿En que fecha falleció (NOMBRE)?	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
486A	¿Cuál cree usted que fue la causa del fallecimiento de (NOMBRE)?	<input type="text"/>	<input 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)?	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 type="text"/> (PASE A 488A)	30 DIAS O MAS <input type="text"/> (PASE A 491A)
		MENOS DE 30 DIAS <input type="text"/> (PASE A 488A)	30 DIAS O MAS <input 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?  (ESPECIFIQUE) NO SABE	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
489A	¿Le dio de mamar a (NOMBRE) en los primeros días de vida?	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
489C	¿Tuvo (NOMBRE) convulsiones o espasmos durante la enfermedad que le ocasionó la muerte?	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
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
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"/>
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
491B	La diarrea de (NOMBRE) fue: leve o severa?	LEVE ..... 1 SEVERA ..... 2 NO SABE ..... 8
491C	¿En el peor día de la diarrea, cuántas deposiciones tuvo (NOMBRE)?	No. DE DEPOSICIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No. DE DEPOSICIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE ..... 98 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"/>

		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	
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)←	
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"/>	
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)←	
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"/>	
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)←	
493B	La fiebre que tuvo (NOMBRE) ¿fue leve o severa?	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"/>	
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	
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	
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)←	
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"/>	

		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)←	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	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	8	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	8
9	8																				
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)←	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	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	8	DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 NO SABE.....9	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>8</td></tr></table>							9	8
9	8																				
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)																	

SECCION 5. NUPCIALIDAD

No.	PREGUNTAS Y CODIGOS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																																				
501	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSO.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2																						
	SI	NO																																					
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?	<table border="0"> <tr> <td>CASADA.....</td> <td>1</td> <td>→506</td> </tr> <tr> <td>EN UNION.....</td> <td>2</td> <td>→506</td> </tr> <tr> <td>NO ESTA EN UNION.....</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table>	CASADA.....	1	→506	EN UNION.....	2	→506	NO ESTA EN UNION.....	3																													
CASADA.....	1	→506																																					
EN UNION.....	2	→506																																					
NO ESTA EN UNION.....	3																																						
503	¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre?	<table border="0"> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> <td>→505</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	SI.....	1	→505	NO.....	2																																
SI.....	1	→505																																					
NO.....	2																																						
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?	<table border="0"> <tr> <td>VIUDA.....</td> <td>1</td> <td>→510</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA.....</td> <td>2</td> <td>→510</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA.....</td> <td>3</td> <td>→510</td> </tr> </table>	VIUDA.....	1	→510	DIVORCIADA.....	2	→510	SEPARADA.....	3	→510																												
VIUDA.....	1	→510																																					
DIVORCIADA.....	2	→510																																					
SEPARADA.....	3	→510																																					
506	¿Su esposo/compañero vive ahora con usted, o él vive en alguna otra parte?	<table border="0"> <tr> <td>VIVE CON ELLA.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VIVE EN OTRA PARTE.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	VIVE CON ELLA.....	1	VIVE EN OTRA PARTE.....	2																																	
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?	<table border="0"> <tr> <td>UNA VEZ.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MAS DE UNA VEZ.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	UNA VEZ.....	1	MAS DE UNA VEZ.....	2																																	
UNA VEZ.....	1																																						
MAS DE UNA VEZ.....	2																																						
511	¿En qué mes y año empezó a vivir con su (primer) esposo/compañero?	<table border="0"> <tr> <td>MES.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td rowspan="4">→513</td> </tr> <tr> <td>NO SABE MES.....</td> <td colspan="2">98</td> </tr> <tr> <td>AÑO.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE AÑO.....</td> <td colspan="2">98</td> </tr> </table>	MES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→513	NO SABE MES.....	98		AÑO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NO SABE AÑO.....	98																									
MES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→513																																				
NO SABE MES.....	98																																						
AÑO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
NO SABE AÑO.....	98																																						
512	¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con él?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
513	<p>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.</p> <p>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.</p>																																						
514	CONTINUE CON 515																																						
515	<p>Ahora necesitamos tener alguna información sobre su actividad sexual con el fin de conocer y entender mejor la planificación familiar y la fecundidad.</p> <p>VEA 210:</p> <table border="0"> <tr> <td>UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/></td> <td>NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</td> <td>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales, si es que ha tenido?</td> </tr> </table>	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?	<table border="0"> <tr> <td>NUNCA.....</td> <td>0</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>→613</td> </tr> <tr> <td>HACE DIAS.....</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HACE SEMANAS.....</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HACE MESES.....</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HACE AÑOS.....</td> <td>4</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO.....</td> <td>9</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>	NUNCA.....	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→613	HACE DIAS.....	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>		HACE SEMANAS.....	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>		HACE MESES.....	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>		HACE AÑOS.....	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>		ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO.....	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→613																																			
HACE DIAS.....	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
HACE SEMANAS.....	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
HACE MESES.....	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
HACE AÑOS.....	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO.....	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
516	¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMERA VEZ CUANDO CASADA..... 96																																					

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

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



No.	PREGUNTAS Y 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="checkbox"/></p> <p>↓</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="checkbox"/></p> <p>↓</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?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">HOMBRES</th> <th style="text-align: center;">MUJERES</th> <th style="text-align: center;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NUMERO.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTRA RESPUESTA .....</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">999996</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	NUMERO.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	OTRA RESPUESTA .....			999996		(ESPECIFIQUE)					
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL																		
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:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>En la radio?</td> <td style="text-align: center;">RADIO..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>En la televisión?</td> <td style="text-align: center;">TELEVISION..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>En un periódico o revista?</td> <td style="text-align: center;">PERIODICO O REVISTA..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>En un afiche?</td> <td style="text-align: center;">AFICHE..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>En folletos?</td> <td style="text-align: center;">FOLLETOS..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	En la radio?	RADIO..... 1	2	En la televisión?	TELEVISION..... 1	2	En un periódico o revista?	PERIODICO O REVISTA..... 1	2	En un afiche?	AFICHE..... 1	2	En folletos?	FOLLETOS..... 1	2	
	SI	NO																			
En la radio?	RADIO..... 1	2																			
En la televisión?	TELEVISION..... 1	2																			
En un periódico o revista?	PERIODICO O REVISTA..... 1	2																			
En un afiche?	AFICHE..... 1	2																			
En folletos?	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

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PAGE A
701	VEA 502 y 503 ALGUNA VEZ CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/>	NUNCA HA ESTADO CASADA NI EN UNION: <input type="checkbox"/>	708
702	VEA 502: ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> ¿Asistió su esposo (compañero) alguna vez a la escuela? ¿Asistió su último esposo (compañero) alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	705
704	¿Cuál es el último curso y nivel (de instrucción) alcanzado por el?  CODIGOS PARA CURSO 0 Ninguno 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero 4 Cuarto 5 Quinto 6 Sexto 7 Egresado/Titulado	CIRCULE NIVEL ANOTE CURSO NINGUNO..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 BASICO..... 3 INTERMEDIO..... 4 MEDIO..... 5 SUPERIOR..... 6 OTRO..... 7	
705	VEA 702: ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el trabajo o la ocupación principal de su esposo (compañero)? ¿Cuál era el trabajo o la ocupación principal de su último esposo (compañero)?		
706	VEA 705: TRABAJA (TRABAJABA) EN LA AGRICULTURA: <input type="checkbox"/> NO TRABAJA (TRABAJABA) EN LA AGRICULTURA: <input type="checkbox"/>		708
707	VEA 503: ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION: <input type="checkbox"/> ¿Trabaja su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada, o trabaja en la tierra de alguien más? ¿Trabajaba su esposo(compañero) principalmente en la tierra propia (de él) o de la familia, o en tierra alquilada o trabajaba en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA ..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4	
708	¿Ademas de las labores domésticas, trabaja usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	711A
709	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden algun producto, tienen un pequeño negocio o trabajan en el negocio de la familia. ¿Realiza actualmente alguna de estas actividades o hace este tipo de trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	711A
710	¿Usted ha desempeñado algún trabajo en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	711B 726

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
711A	¿Cuál es su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
711B	¿Cuál fue su ocupación más reciente? Quiero decir, qué tipo de trabajo tenía?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
712	VEA 711: TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA: <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA ACTUALMENTE EN LA AGRICULTURA: <input type="checkbox"/>	714
713	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted en tierra propia o de su familia, en tierra alquilada, o en la tierra de alguien más?	TIERRA PROPIA ..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE ALGUIEN MAS..... 4	
714	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted por cuenta propia, para un miembro de su familia, o para alguien más?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA ALGUIEN MAS..... 2 POR CUENTA PROPIA..... 3	
715	En su trabajo actual (o de los últimos 12 meses), ¿trabaja usted durante todo el año, en ciertas épocas del año o sólo de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 →717 CIERTAS EPOCAS DEL AÑO..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 →719	
716	¿En el último año (12 meses), durante cuantos meses trabajó?	NUMERO DE MESES..... <input type="text"/>	
717	¿En los meses que trabajó, aproximadamente cuantos días a la semana desempeñó dicho trabajo?	NUMERO DE DIAS..... <input type="text"/>	
719	¿En un día normal de trabajo, cuantas horas trabaja?	NUMERO DE HORAS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98	
720	¿Gana dinero por este trabajo? SONDEE: ¿Recibe dinero a cambio del trabajo que realiza?	SI..... 1 NO..... 2 →723	
721	¿En un día (semana, mes) normal, cuanto gana por dicho trabajo?	POR HORA..... 1 <input type="text"/> POR DIA..... 2 <input type="text"/> POR SEMANA..... 3 <input type="text"/> POR MES..... 4 <input type="text"/> POR AÑO..... 5 <input type="text"/> OTRO..... 9 <input type="text"/> (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A				
722	<p>VEA 702:</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION         </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">           ¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sólo, su esposo(Com- pañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más?         </td> <td style="vertical-align: top;">           ¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION	<input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION	¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sólo, su esposo(Com- pañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más?	¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?	<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>	
<input type="checkbox"/> ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION	<input type="checkbox"/> NO ESTA ACTUALMENTE CASADA O EN UNION						
¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted sólo, su esposo(Com- pañero) sólo, usted con su esposo(compañero), o alguien más?	¿Quién decide principal- mente como se utilizará el dinero que usted gana: usted, alguien más, o usted junto con alguien más?						
723	<p>¿Realiza usted su trabajo actual en la casa, o fuera de la casa?</p>	<p>EN LA CASA..... 1</p> <p>FUERA DE LA CASA..... 2</p>					
724	<p>VEA 217 y 218:</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            SI TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>            NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA	<input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA	<p>726</p>			
<input type="checkbox"/> SI TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA	<input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS VIVIENDO EN CASA						
725	<p>¿Generalmente, quién cuida de (NOMBRE DEL MENOR) mientras usted trabaja?</p>	<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 (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). COMIENCIE EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y CONTINUE CON TODOS LOS MESES HASTA ENERO DE 1989.</p>						
727B	<p>PASE A 801</p>						
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: ¿Dónde vivió antes de vivir en.....? ¿En que mes y año se trasladó a.....? ¿Ese sitio era una ciudad, un pueblo, o campo?</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>	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO _____ X ESPECIFIQUE	
807	<p>¿Hay algo que pueda hacer una persona para protegerse contra el SIDA o el virus que causa el SIDA?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... B	→ 811 → 811
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>	PRACTICAR SEXO SEGURO..... A ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR INYECCIONES..... H EVITAR BESARSE..... I EVITAR PICADURAS DE ZANCUDOS..... J VISITAR AL CURANDERO..... K OTRO _____ M ESPECIFIQUE OTRO _____ X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
809	<p>VEA 808:</p> <p>                  MENCIONO <input type="checkbox"/></p> <p>                  'PRACTICAR SEXO SEGURO'</p>	<p>                  NO MENCIONO <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>	ABSTENERSE DE RELACIONES SEXUALES..... B USAR CONDOMES EN LAS RELACIONES..... C NO SER PROMISCUO (TENER SOLO 1 PAREJA)... D EVITAR RELACIONES CON PROSTITUTAS..... E EVITAR RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... F OTRO _____ X ESPECIFIQUE NO SABE..... Z	
811	<p>¿Es posible que una persona que parece completamente saludable padezca del SIDA?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

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	
814B	¿Por qué cree que tiene RIESGO PEQUEÑO de contraer el SIDA?  REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
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	
815B	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son GRANDES?  REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	LE HAN APLICADO INYECCIONES..... H ESPOSO TIENE VARIAS PAREJAS..... I OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
816	VEA 801:  HA TENIDO RELACIONES <input type="checkbox"/>	MUNCA 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 ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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:	
			POSITIVO (COLOR MORADO)	NEGATIVO (NO CAMBIA DE COLOR)
			1	2
			1	2
			1	2
			1	2
			1	2

902 VEA 215:

UNO O MAS NACIMIENTOS DESPUES DE ENERO DE 1990

SIN NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1990  \_\_\_\_\_ FIN

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 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903	NOMBRE DE P. 212 PARA NIÑOS (NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____	(NOMBRE) _____
904	FECHA DE NACIMIENTO: -DE PREGUNTA 105 PARA LA ENTREVISTADA. -DE LA PREGUNTA 215 PARA NIÑOS. MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
905	CICATRIZ DE BCG EN EL HOMBRO. <input type="checkbox"/>	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SIN CICATRIZ..... 2
906	ALTURA/TALLA (en centímetros) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
907	SE MIDIO LA ESTATURA/TALLA DEL NIÑO(A): • ACOSTADO(A), o • PARADO(A)	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2	ACOSTADO/A..... 1 PARADO/A..... 2
908	PESO (en kilogramos) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	FECHA DE LA MEDICION DEL PESO Y LA ESTATURA/TALLA DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>	DIA..... <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/>
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: <input type="text"/>	NOMBRE DEL ASISTENTE: <input type="text"/>		<input type="text"/>

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

