

APÉNDICE E

CUESTIONARIOS:

**CUESTIONARIO DE HOGAR
CUESTIONARIO DE MUJER
CUESTIONARIO DE HOMBRE**

SECCIÓN III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1	NÚMERO DE ORDEN DE PERSONAS REGISTRADAS		01	02		03		
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí y también de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar.		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?		AÑOS CUMPLIDOS		AÑOS CUMPLIDOS		AÑOS CUMPLIDOS	
4	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?		JEFE (A) DEL HOGAR 01		ESPOSO / CONVIVIENTE..... 02 HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES /SUEGROS..... 07 HERMANA(O)..... 08 OTRO PARIENTE..... 09 NO PARIENTE..... 10 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O).... 11		HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO... 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES /SUEGROS..... 07 HERMANA(O)..... 08 OTRO PARIENTE..... 09 NO PARIENTE..... 10 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11	
5	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		HOMBRE..... 1 MUJER..... 2		HOMBRE..... 1 MUJER..... 2		HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	
5A	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez (NOMBRE)?		QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO SABE TODAVIA..... 8		QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO SABE TODAVIA..... 8		QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO SABE TODAVIA..... 8	
5B	¿Qué idiomas o lenguas habla(NOMBRE)? MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS		QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y		QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y		QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y	
6	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
7	¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?		SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS, PASE A 8		SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS, PASE A 8		SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS, PASE A 8	
8	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niños(as), ancianos(as), no familiares o huéspedes? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> REGISTRE EN COLUMNA RESPECTIVA Y HAGA PREGUNTAS 2 A 7							
9	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		01		02		03	
10	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN LOS HOMBRES DE 15 A 64 AÑOS		01		02		03	
11	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS				02		03	
	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES				MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS	
12	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?				SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14)		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14)	
13	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE. ANOTE "00" S INO VIVE EN EL HOGAR							
14	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?				SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16)		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16)	
15	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE MADRE. ANOTE "00" S INO VIVE EN EL HOGAR							
16	¿Tiene (NOMBRE) certificado (acta) de nacimiento? SI "SI", PREGUNTE ¿Puedo verlo? SI LE MUESTRA EL CERTIFICADO: VERIFIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO. CORRIJA LA EDAD SI ES NECESARIO EN LA PREGUNTA 3				SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8		SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	
SECCION IV. EDUCACIÓN					3 - 5 AÑOS		3 - 5 AÑOS	
17	Durante este año, ¿(NOMBRE) asiste o asistió a algún centro o establecimiento de enseñanza preescolar o de aprendizaje temprano? SI "SI", PREGUNTE: ¿A qué tipo de establecimiento asiste?				GUARDERIA PÚBLICA 1 GUARDERIA PRIVADA 2 PREESCOLAR PÚBLICO..... 3 PREESCOLAR PRIVADO..... 4 PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO ASISTE..... 7 NO SABE 8		GUARDERIA PÚBLICA 1 GUARDERIA PRIVADA 2 PREESCOLAR PÚBLICO..... 3 PREESCOLAR PRIVADO..... 4 PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO ASISTE..... 7 NO SABE 8	
18					PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 19.		PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 12. SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PREGUNTA 19.	

<div><div>HIJO/ HIJA(O)..... 03</div><div>HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO... 04</div><div>NUERA/YERNO..... 05</div><div>NIETA(O)..... 06</div><div>PADRES /SUEGROS..... 07</div><div>HERMANA(O)..... 08</div><div>OTRO PARIENTE..... 09</div><div>NO PARIENTE..... 10</div><div>EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11</div></div>	<div><div>HIJO/ HIJA(O)..... 03</div><div>HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO... 04</div><div>NUERA/YERNO..... 05</div><div>NIETA(O)..... 06</div><div>PADRES /SUEGROS..... 07</div><div>HERMANA(O)..... 08</div><div>OTRO PARIENTE..... 09</div><div>NO PARIENTE..... 10</div><div>EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11</div></div>	<div><div>HIJO/ HIJA(O)..... 03</div><div>HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO... 04</div><div>NUERA/YERNO..... 05</div><div>NIETA(O)..... 06</div><div>PADRES /SUEGROS..... 07</div><div>HERMANA(O)..... 08</div><div>OTRO PARIENTE..... 09</div><div>NO PARIENTE..... 10</div><div>EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11</div></div>	<div><div>HIJO/ HIJA(O)..... 03</div><div>HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO... 04</div><div>NUERA/YERNO..... 05</div><div>NIETA(O)..... 06</div><div>PADRES /SUEGROS..... 07</div><div>HERMANA(O)..... 08</div><div>OTRO PARIENTE..... 09</div><div>NO PARIENTE..... 10</div><div>EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11</div></div>
<div><div>HOMBRE..... 1</div><div>MUJER..... 2</div></div>	<div><div>HOMBRE..... 1</div><div>MUJER..... 2</div></div>	<div><div>HOMBRE..... 1</div><div>MUJER..... 2</div></div>	<div><div>HOMBRE..... 1</div><div>MUJER..... 2</div></div>
<div><div>QUECHUA..... 1</div><div>AYMARA..... 2</div><div>CASTELLANO..... 3</div><div>GUARANI..... 4</div><div>OTRO NATIVO..... 5</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... 6</div><div>NO PUEDE HABLAR..... 7</div><div>NO SABE TODAVIA..... 8</div></div>	<div><div>QUECHUA..... 1</div><div>AYMARA..... 2</div><div>CASTELLANO..... 3</div><div>GUARANI..... 4</div><div>OTRO NATIVO..... 5</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... 6</div><div>NO PUEDE HABLAR..... 7</div><div>NO SABE TODAVIA..... 8</div></div>	<div><div>QUECHUA..... 1</div><div>AYMARA..... 2</div><div>CASTELLANO..... 3</div><div>GUARANI..... 4</div><div>OTRO NATIVO..... 5</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... 6</div><div>NO PUEDE HABLAR..... 7</div><div>NO SABE TODAVIA..... 8</div></div>	<div><div>QUECHUA..... 1</div><div>AYMARA..... 2</div><div>CASTELLANO..... 3</div><div>GUARANI..... 4</div><div>OTRO NATIVO..... 5</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... 6</div><div>NO PUEDE HABLAR..... 7</div><div>NO SABE TODAVIA..... 8</div></div>
<div><div>QUECHUA..... A</div><div>AYMARA..... B</div><div>CASTELLANO..... C</div><div>GUARANI..... D</div><div>OTRO NATIVO..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... Y</div></div>	<div><div>QUECHUA..... A</div><div>AYMARA..... B</div><div>CASTELLANO..... C</div><div>GUARANI..... D</div><div>OTRO NATIVO..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... Y</div></div>	<div><div>QUECHUA..... A</div><div>AYMARA..... B</div><div>CASTELLANO..... C</div><div>GUARANI..... D</div><div>OTRO NATIVO..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... Y</div></div>	<div><div>QUECHUA..... A</div><div>AYMARA..... B</div><div>CASTELLANO..... C</div><div>GUARANI..... D</div><div>OTRO NATIVO..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>EXTRANJERO..... Y</div></div>
<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div>
<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA .</div><div>SI NO HAY MÁS, PASE A 8</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA .</div><div>SI NO HAY MÁS, PASE A 8</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA .</div><div>SI NO HAY MÁS, PASE A 8</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA .</div><div>SI NO HAY MÁS, PASE A 8</div></div>
<div>04</div>	<div>05</div>	<div>06</div>	<div>07</div>
<div>04</div>	<div>05</div>	<div>06</div>	<div>07</div>
<div>04</div>	<div>05</div>	<div>06</div>	<div>07</div>
<div>MENOR DE 18 AÑOS</div>	<div>MENOR DE 18 AÑOS</div>	<div>MENOR DE 18 AÑOS</div>	<div>MENOR DE 18 AÑOS</div>
<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 14)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 14)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 14)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 14)</div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 16)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 16)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 16)</div></div>	<div><div>SI..... 1</div><div>NO..... 2</div><div>NO SABE..... 8</div></div> <div><div>(PASE A 16)</div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
<div><div>SI TIENE, VISTO..... 1</div><div>SI TIENE, NO VISTO..... 2</div><div>NO TIENE..... 3</div><div>NO SABE..... 8</div></div>	<div><div>SI TIENE, VISTO..... 1</div><div>SI TIENE, NO VISTO..... 2</div><div>NO TIENE..... 3</div><div>NO SABE..... 8</div></div>	<div><div>SI TIENE, VISTO..... 1</div><div>SI TIENE, NO VISTO..... 2</div><div>NO TIENE..... 3</div><div>NO SABE..... 8</div></div>	<div><div>SI TIENE, VISTO..... 1</div><div>SI TIENE, NO VISTO..... 2</div><div>NO TIENE..... 3</div><div>NO SABE..... 8</div></div>
<div>3 - 5 AÑOS</div>	<div>3 - 5 AÑOS</div>	<div>3 - 5 AÑOS</div>	<div>3 - 5 AÑOS</div>
<div><div>GUARDERIA PÚBLICA 1</div><div>GUARDERIA PRIVADA 2</div><div>PREESCOLAR PÚBLICO..... 3</div><div>PREESCOLAR PRIVADO..... 4</div><div>PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5</div><div>OTRO 6</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NO ASISTE..... 7</div><div>NO SABE 8</div></div>	<div><div>GUARDERIA PÚBLICA 1</div><div>GUARDERIA PRIVADA 2</div><div>PREESCOLAR PÚBLICO..... 3</div><div>PREESCOLAR PRIVADO..... 4</div><div>PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5</div><div>OTRO 6</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NO ASISTE..... 7</div><div>NO SABE 8</div></div>	<div><div>GUARDERIA PÚBLICA 1</div><div>GUARDERIA PRIVADA 2</div><div>PREESCOLAR PÚBLICO..... 3</div><div>PREESCOLAR PRIVADO..... 4</div><div>PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5</div><div>OTRO 6</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NO ASISTE..... 7</div><div>NO SABE 8</div></div>	<div><div>GUARDERIA PÚBLICA 1</div><div>GUARDERIA PRIVADA 2</div><div>PREESCOLAR PÚBLICO..... 3</div><div>PREESCOLAR PRIVADO..... 4</div><div>PIDIs/GUAGUAWASIS..... 5</div><div>OTRO 6</div><div>(ESPECIFIQUE)</div><div>NO ASISTE..... 7</div><div>NO SABE 8</div></div>
<div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA</div><div>PREGUNTA 12.</div><div>SI NO HAY MÁS PERSONAS</div><div>PASE A PREGUNTA 19.</div></div>	<div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA</div><div>PREGUNTA 12.</div><div>SI NO HAY MÁS PERSONAS</div><div>PASE A PREGUNTA 19.</div></div>	<div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA</div><div>PREGUNTA 12.</div><div>SI NO HAY MÁS PERSONAS</div><div>PASE A PREGUNTA 19.</div></div>	<div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA</div><div>PREGUNTA 12.</div><div>SI NO HAY MÁS PERSONAS</div><div>PASE A PREGUNTA 19.</div></div>

		6 AÑOS Y MÁS	6 AÑOS Y MÁS	6 AÑOS Y MÁS
19	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
20	¿Cuál fue el nivel más alto al cual asistió (NOMBRE)? INDAGUE: ¿De primaria, secundaria, normal o universidad? ¿Cuál fue el curso más alto de instrucción que (NOMBRE) aprobó en ese nivel?	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23
21A	Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste a algún centro educativo?	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2
21B	Durante este año, ¿(NOMBRE) asistió a algún curso o grado de educación primaria, secundaria, normal, o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←
22	¿A que nivel y curso de educación asistió este año (NOMBRE)?	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6
23	El establecimiento al que asistió (NOMBRE) es.... ¿Particular/privado o fiscal/público?	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←
24	¿Cuál fue la razón principal por la cual (NOMBRE) dejó de asistir o no se matriculó?	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOC 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)
25	Durante el año anterior, ¿(NOMBRE) asistió a algún curso o grado de educación primaria, secundaria, normal, o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←
26	¿A que nivel y curso de educación asistió (NOMBRE) el año anterior?	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE) 6
	¿Algún año (NOMBRE) reprobó algún curso en la escuela o colegio?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3
27A		PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS	AÑOS CUMPLIDOS	AÑOS CUMPLIDOS	AÑOS CUMPLIDOS
6 AÑOS Y MÁS	6 AÑOS Y MÁS	6 AÑOS Y MÁS	6 AÑOS Y MÁS
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23	NIVEL CURSO NINGUNO..... 11 CURSO DE ALFABETIZACION..... 12 EDUCACION PREESCOLAR..... 13 SISTEMA ANTERIOR BASICO(1 A 5 AÑOS)..... 14 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 15 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 16 SISTEMA ACTUAL PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 17 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 18 EDUCACION DE ADULTOS EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA..... 19 DE ADULTOS (CEMA)..... 20 APRENDIZAJE (IBBA)..... 21 EDUCACION SUPERIOR NORMAL..... 22 UNIVERSIDAD..... 23
SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 22) ← NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←
NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)
PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←	PARTICULAR / PRIVADO..... 1 FISCAL / PUBLICO..... 2 (PASE A 25) ←
VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)	VACACION..... 01 FALTA DE DINERO..... 02 POR TRABAJO..... 03 ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD 04 ESTABLECIMIENTOS DISTANTES 05 FALTA DE PROFESORES..... 06 NO HABIA EL CURSO QUE LE TOCA 07 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 08 EDAD AVANZADA..... 09 EMBARAZO..... 10 CUIDADO DE NIÑOS(AS)..... 11 EDAD TEMPRANA..... 12 PROBLEMAS FAMILIARES..... 13 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE)
SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 27) ←
NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2 NORMAL 3 UNIVERSITARIA 4 OTRO NIVEL 9 (ESPECIFIQUE)
SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA ASISTIO..... 3
PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.	PASE A SIGUIENTE PERSONA PREGUNTA 19. SI NO HAY MAS PERSONAS PASE A PREGUNTA 28.

SECCIÓN V: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
28	¿Cuál es el material de construcción más utilizado en las paredes de su vivienda?	LADRILLO/BLOQUE DE CEMENTO/HORMIG..... 01 ADOBE / TAPIAL..... 02 TABIQUE / QUINCHE..... 03 PIEDRA 04 MADER 05 CAÑA/PALMAR/TRONCO..... 06 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
28A	¿Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?	SI 1 NO 2	
28B	¿Cuál es el material más utilizado en los techos de su vivienda?	CALAMINA/PLANCHA..... 01 TEJA (CEMENTO / ARCILLA /FIBROCEMENTO) 02 LOSA DE HORMIGON ARMADO..... 03 PAJA / CAÑA / PALMA / BARRO..... 04 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
29	¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de su vivienda?	TIERRA..... 01 TABLON DE MADERA..... 02 MACHIHEMBRE / PARQUET..... 03 ALFOMBRA / TAPIZON..... 04 CEMENTO..... 05 MOSAICO / BALDOSA / CERAMICA..... 06 LADRILLO..... 07 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
30	¿Usa energía eléctrica para alumbrar su vivienda?	SI 1 NO 2	
31	¿El abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar es por cañería dentro de la vivienda o por fuera de ella? SI ES POR FUERA DE LA VIVIENDA, INDAGUE: ¿Es el abastecimiento dentro del edificio, lote o terreno o por fuera?	POR CAÑERIA DENTRO DE LA VIVIENDA 1 POR CAÑERIA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO, LOTE O TERRENO..... 2 POR CAÑERIA FUERA DEL LOTE/TERRENO..... 3 NO RECIBE AGUA POR CAÑERIA..... 4	➔ 34A ➔ 34A ➔ 33
32	¿Cuál es la fuente (procedencia principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar?	CARRO REPARTIDOR (AGUATERO)..... 01 POZO O NORIA CON BOMBA..... 02 POZO O NORIA SIN BOMBA..... 03 RIO / VERTIENTE / ACEQUIA..... 04 LAGO / LAGUNA / CURICHE..... 05 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
33	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver (desde su hogar)	MINUTOS..... <div><div></div><div></div><div></div></div> EN EL SITIO. 996	
34	¿Quién del hogar habitualmente realiza esta actividad?	JEFE DE HOGAR..... 01 ESPOSO(A)..... 02 HIJO/ HIJA(O)..... 03 HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTADO..... 04 NUERA/YERNO..... 05 NIETA(O)..... 06 PADRES /SUEGROS..... 07 HERMANA(O)..... 08 OTRO PARIENTE..... 09 NO PARIENTE..... 10 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 11	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
34A	¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha estado disponible el agua de esta fuente?	TODO EL TIEMPO 1 UNAS POCAS HORAS DIARIAS 2 ALGUNOS DIAS A LA SEMANA 3 MENOS FRECUENTEMENTE 4 NO SABE 8	
35	¿Tiene Baño, Water o Letrina?	SI..... 1 NO..... 2 —→ 38	
36	¿El uso del servicio sanitario es privado del hogar o compartido con otros hogares?	PRIVADO DEL HOGAR..... 1 —→ 37 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
36A	¿Con cuántos hogares comparten el sanitario/letrina ?	NUMERO DE HOGARES <input type="text"/> <input type="text"/>	
37	¿El desagüe del servicio sanitario se realiza por alcantarillado, cámara séptica, a un pozo ciego, a la superficie (calle / quebrada / rio)?	ALCANTARILLADO..... 1 CAMARA SEPTICA..... 2 POZO CIEGO..... 3 A LA SUPERFICIE (CALLE / QUEBRADA / RIO. 4	
38	¿Cuál es el principal combustible que utiliza para cocinar?	LEÑA..... 01 GUANO / BOSTA O TAQUIA..... 02 KEROSENE..... 03 GAS (GARRAFA O POR CAÑERIA)..... 04 ELECTRICIDAD..... 05 NO UTILIZA..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
39	¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
40	¿Cuántos cuartos o habitaciones ocupa su hogar, sin contar cuartos de baño y cocina?	UNO..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 CINCO..... 5 SEIS..... 6 SIETE..... 7 OCHO Y MAS..... 8	
41	De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos se utilizan para dormir?	UNO..... 1 DOS..... 2 TRES..... 3 CUATRO..... 4 CINCO..... 5 SEIS..... 6 SIETE..... 7 OCHO Y MAS..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A																																	
42	Tiene en su hogar:	<table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>A ¿Radio o Equipo de música?</td><td>RADIO O EQUIPO DE MUSICA..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>B ¿Televisor?</td><td>TELEVISOR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>C ¿Teléfono corriente?</td><td>TELÉFONO..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>D ¿Telefono celular?</td><td>TELEFONO CELULAR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>F ¿Refrigerador?</td><td>REFRIGERADOR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>G ¿Computadora?</td><td>COMPUTADORA..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>H ¿Bicicleta?</td><td>BICICLETA..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>I ¿Motocicleta?</td><td>MOTOCICLETA..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>J ¿Vehículo automotor?</td><td>VEHICULO AUTOMOTOR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>k ¿Bomba eléctrica de agua?</td><td>BOMBA ELECTRICA DE AGUA..... 1</td><td>2</td></tr></table>		SI	NO	A ¿Radio o Equipo de música?	RADIO O EQUIPO DE MUSICA..... 1	2	B ¿Televisor?	TELEVISOR..... 1	2	C ¿Teléfono corriente?	TELÉFONO..... 1	2	D ¿Telefono celular?	TELEFONO CELULAR..... 1	2	F ¿Refrigerador?	REFRIGERADOR..... 1	2	G ¿Computadora?	COMPUTADORA..... 1	2	H ¿Bicicleta?	BICICLETA..... 1	2	I ¿Motocicleta?	MOTOCICLETA..... 1	2	J ¿Vehículo automotor?	VEHICULO AUTOMOTOR..... 1	2	k ¿Bomba eléctrica de agua?	BOMBA ELECTRICA DE AGUA..... 1	2	
	SI	NO																																		
A ¿Radio o Equipo de música?	RADIO O EQUIPO DE MUSICA..... 1	2																																		
B ¿Televisor?	TELEVISOR..... 1	2																																		
C ¿Teléfono corriente?	TELÉFONO..... 1	2																																		
D ¿Telefono celular?	TELEFONO CELULAR..... 1	2																																		
F ¿Refrigerador?	REFRIGERADOR..... 1	2																																		
G ¿Computadora?	COMPUTADORA..... 1	2																																		
H ¿Bicicleta?	BICICLETA..... 1	2																																		
I ¿Motocicleta?	MOTOCICLETA..... 1	2																																		
J ¿Vehículo automotor?	VEHICULO AUTOMOTOR..... 1	2																																		
k ¿Bomba eléctrica de agua?	BOMBA ELECTRICA DE AGUA..... 1	2																																		
43	¿Cómo eliminan habitualmente la basura en su hogar?	ALCALDIA MUNICIPAL.....01 EMPRESA CONTRATADA POR ALCALDIA.....02 OTRA EMPRESA PRIVADA O PERSONA03 LA QUEMAN04 LA TIRAN AL PATIO.....05 LA TIRAN A LA CALLE/QUEBRADA/RIO.....06 OTRO _____96 (ESPECIFIQUE)																																		
44	Los miembros de su hogar, principalmente donde atienden o atendieron su salud en los últimos doce meses?	MINISTERIO DE SALUD.....01 CAJA DE SEGURO SOCIAL.....02 ONG - IGLESIA.....03 SERVICIOS PRIVADOS.....04 FARMACIAS.....05 JAMPIRI - QOLLIRI - NATURISTA.....06 NO ATIENDEN.....07 OTRO _____96 (ESPECIFIQUE)																																		
45	ANOTE LA HORA DE FIN DE CUESTIONARIO	HORA <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS <table><tr><td></td><td></td></tr></table>																																		

SECCIÓN VI: SAL YODADA, PESO Y TALLA DE NIÑOS(AS)

50

¿Qué tipo de sal utilizó ayer para cocinar?

SAL EN BOLSAS CON SELLO.....1
(ESPECIFIQUE MARCA)
SAL EN BOLSAS SIN SELLO.....2
(ESPECIFIQUE MARCA)
SAL EN BLOQUE.....3
SAL GRANULADA.....4
NINGUNA SAL.....5
OTRA.....6
(ESPECIFIQUE)

50A.

EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES:

POSITIVO
(COLOR MORADO)

NEGATIVO
(NO CAMBIA DE COLOR)

1

2

50B

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 y 9: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

				PESO Y TALLA DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		
51	52	53	54	55	56	57
No. DE ORDEN	NOMBRE	EDAD	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	RESULTADO: 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div>DÍAMES</div><div>AÑO</div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>

58

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 y 11: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE TODOS LOS NIÑOS(AS) MENORES DE 6 AÑOS

PESO Y TALLA DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DE 1998 O DESPUES							
59	60	61	62	63	64	65	66
No. DE ORDEN	NOMBRE DEL NIÑO(A)	EDAD DEL NIÑO(A)	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	ALTURA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO (0 A 23 MESES) O DE PIE (DE 24 A MAS MESES)	RESULTADO: 1 MEDIDO 2 NO PRES 3 RECHAZO 6 OTRO
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div>AÑOS</div><div></div></div>	<div><div>DÍAMES</div><div>AÑO</div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div>ACOSTADO ↓ 1</div><div>DE PIE ↓ 2</div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div></div></div>

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDIÓ

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE

OBSERVACIONES

9

SECCION VII. MEDICION DE HEMOGLOBINA EN MUJERES 15-49 AÑOS

67		69		70	71	72
REVISE LAS PREG. 1,2,3 Y 9: NRO. DE ORDEN NOMBRE EDAD		LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE* CIRCULE CODIGO		NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	ACTUALMENTE EMBARAZADA	RESULTADO 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____		OTORGADO RECHAZO 1 2 PRÓXIMA ← MUJER		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	SI NO/NS 1 2	<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____		1 2 PRÓXIMA ← MUJER		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____		1 2 PRÓXIMA ← MUJER		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

MEDICION DE HEMOGLOBINA A NINOS(AS) NACIDOS A PARTIR DE ENERO DE 1998

73	74	75	76	77	78
REVISE LAS PREG. 1, 2, 3 y 11 NRO. DE ORDEN NOMBRE EDAD	NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR	LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE* CIRCULE CODIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OTORGADO RECHAZO 1 2 PRÓXIMO ← NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 PRÓXIMO ← NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 PRÓXIMO ← NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 PRÓXIMO ← NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>
NRO. DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 PRÓXIMO ← NIÑO(A)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		<input type="text"/>

* CONSENTIMIENTO

Como parte de esta encuesta, estamos estudiando anemia entre mujeres y niños. La anemia es un serio problema de salud que resulta de nutrición inadecuada. La encuesta ayudará a desarrollar programas para tratar y prevenir la anemia. Solicitamos que usted (y sus hijos nacidos desde enero de 1998) participen en la prueba de anemia que se hace en esta encuesta.

La prueba utiliza instrumentos estériles desechables que son limpios y completamente seguros. La sangre sera analizada con equipo nuevo y los resultados le serán entregados inmediatamente. Estos resultados se mantendran en forma confidencial.

Por favor, le pido ahora que usted y (NOMBRE DEL NIÑO (A) O NIÑOS(AS)) participen en la prueba de anemia.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....																
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud.. Antes de que usted cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital o, ciudad grande, en ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL O CIUDAD GRANDE..... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 EN UN PUEBLO..... 3 EN EL CAMPO..... 4 EN EL EXTRANJERO..... 5																
102A	¿Dónde nació: en éste lugar, en otro lugar del país, o en el exterior?	EN ESTE LUGAR..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTERIOR..... 3																
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en esta localidad (LUGAR DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE 96	 104B 104B															
103A	Entre 1999 y este año, ¿vivía en otro lugar?	SI 1 NO 2	104B															
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿dónde vivía habitualmente ? ANOTE TEXTUALMENTE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO SI ES EN EL EXTERIOR, ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS	LOCALIDAD MUNICIPIO DEPARTAMENTO..... EXTRANJERO (PAÍS)																
104A	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó ese lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO 01 TRASLADO DE TRABAJO 02 EDUCACIÓN 03 SALUD 04 RAZONES DE FAMILIA 05 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)																
104B	¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena / originario como quechua, aymara, guarani u otro?:	QUECHUA 1 AYMARA 2 GUARANI 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... 7																
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES NO SABE EL MES 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO 99 98																
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....																
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	111															
108	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó en primaria, secundaria, normal o universitaria?	<table><thead><tr><th></th><th>NIVEL</th><th>CURSO</th></tr></thead><tbody><tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>NORMAL.....</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td><td></td></tr></tbody></table>		NIVEL	CURSO	PRIMARIA	1		SECUNDARIA	2		NORMAL.....	3		UNIVERSITARIA	4		
	NIVEL	CURSO																
PRIMARIA	1																	
SECUNDARIA	2																	
NORMAL.....	3																	
UNIVERSITARIA	4																	
110	VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA OTRO NIVEL		114															
111	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA)	115															
112	Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetismo o algún otro programa para aprender a leer o escribir?	SI..... 1 NO..... 2	115															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
114	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
115	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
116	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
117	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más: A ¿Levantar cosas pesada? B ¿Manejar bicicleta ? C ¿Caminar rápidamente? D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? E ¿Subir gradas o pendientes? F ¿Bailar? G ¿Levantar cosas livianas? H ¿Caminar a paso regular? I ¿Realizar trabajos físicos livianos? X ¿Alguna otra?	<div>SI NO</div> <div>LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 2</div> <div>MANEJAR BICICLETA..... 1 2</div> <div>CAMINAR RÁPIDAMENTE..... 1 2</div> <div>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES..... 1 2</div> <div>SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 2</div> <div>BAILAR..... 1 2</div> <div>LEVANTAR COSAS LIVIANAS..... 1 2</div> <div>CAMINAR A PASO REGULAR..... 1 2</div> <div>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS LIVIANOS..... 1 2</div> <div>OTRA..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
118	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	<div>→120</div> <div>→120</div>
119	Durante la última semana ¿diariamente cuánto tiempo realizó actividades físicas o deportivas?	10 A 30 MINUTOS 1 DE 31 MINUTOS A UNA HORA 2 MAS DE 1 HORA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	
120	¿Cuánto tiempo pasa sentada diariamente ? ANOTE EL NUMERO DE HORAS SI MENOS DE 10. CIRCULE EL CODIGO 10 SI 10 HORAS O MAS	NUMERO DE HORAS <div></div> <div></div> <div></div> <div>10 HORAS O MAS 10</div>	
121	¿Usted cree que realizar actividades físicas diariamente es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2	
122	A ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? B ¿Tiene miedos sin causa aparente ? C ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? D ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? E ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? F ¿Llora con facilidad? G ¿Se asusta con facilidad ? H ¿Se siente cansada todo el tiempo?	<div>SI NO</div> <div>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... 1 2</div> <div>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... 1 2</div> <div>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... 1 2</div> <div>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... 1 2</div> <div>INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... 1 2</div> <div>LLORA CON FACILIDAD..... 1 2</div> <div>ASUSTA CON FACILIDAD..... 1 2</div> <div>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... 1 2</div>	
123	¿Ha tenido convulsiones, ataques con mordedura de lengua y pérdida de conocimiento?	SI..... 1 NO..... 2	
124	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, que usted está bebiendo demasiado?	SI..... 1 NO..... 2 NO BEBE..... 3	<div>→126</div>
125	¿Ha tenido usted alguna vez dificultades en el trabajo o estudios, a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2	
126	¿Fuma con frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO FUMA..... 3	
127	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	
128	¿Oye voces que le hablan, y que otras personas no escuchan?	SI..... 1 NO..... 2	
129	¿Cree Usted que alguien puede manejar su mente sin que usted lo desee?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCION 2. REPRODUCCION

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha dado usted a luz algún hijo o hija alguna vez?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
202	De los hijos o hijas que usted tuvo, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 204	
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA.....	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está vivo, pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2 → 206	
205	Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	
206	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 → 208	
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL.....	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI NO → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS NINGUN NACIDO VIVO		→ 226

HISTORIA DE NACIMIENTOS										
<div>211</div> <div>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos los hijos e hijas que usted ha dado a luz, estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.</div> <div>INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.</div> <div>ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.</div>										
O R D E N D E L N A C .	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	SI ESTÁ VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	SI ESTÁ VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTÁ VIVO REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	SI ESTÁ MUERTO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?
01	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>PRÓXIMO NACIMIENTO</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	
02	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
03	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
04	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
05	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
06	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
07	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2
08	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1 MULT..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	<div><div></div><div></div></div> MES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> AÑO	SI..... 1 NO..... 2	EDAD EN AÑOS <div><div></div><div></div></div>	SI..... 1 NO..... 2	No. DE ORDEN <div><div></div><div></div></div> <div>221</div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	SI..... 1 NO..... 2

O R D E N D E L N A C .	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
	¿Cuál es el nombre de su (primer), (segundo), (tercer), etc. hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple? (mellizos, trillizos, etc.)	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS,	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) Y (NOMBRE)?	
09	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1	HOMBRE..... 1	<div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	No. DE ORDEN	DÍAS..... 1 <div></div>	SI..... 1	
		MULT..... 2	MUJER..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2 <div></div>	NO..... 2	
					220			221		AÑOS..... 3 <div></div>	
10	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1	HOMBRE..... 1	<div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	No. DE ORDEN	DÍAS..... 1 <div></div>	SI..... 1	
		MULT..... 2	MUJER..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2 <div></div>	NO..... 2	
					220			221		AÑOS..... 3 <div></div>	
11	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1	HOMBRE..... 1	<div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	No. DE ORDEN	DÍAS..... 1 <div></div>	SI..... 1	
		MULT..... 2	MUJER..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2 <div></div>	NO..... 2	
					220			221		AÑOS..... 3 <div></div>	
12	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1	HOMBRE..... 1	<div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	No. DE ORDEN	DÍAS..... 1 <div></div>	SI..... 1	
		MULT..... 2	MUJER..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2 <div></div>	NO..... 2	
					220			221		AÑOS..... 3 <div></div>	
13	<div></div> <div>(NOMBRE)</div>	UNICO..... 1	HOMBRE..... 1	<div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>	SI..... 1	EDAD EN AÑOS	SI..... 1	No. DE ORDEN	DÍAS..... 1 <div></div>	SI..... 1	
		MULT..... 2	MUJER..... 2		NO..... 2		NO..... 2		MESES..... 2 <div></div>	NO..... 2	
					220			221		AÑOS..... 3 <div></div>	
222	¿Hubo algún otro nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? SI RESPONDE "SI", SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS.									SI..... 1 NO..... 2	
223	COMPARE EL TOTAL DE NACIMIENTOS DE LA PREGUNTA 208 CON EL TOTAL DE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS Y MARQUE: NÚMEROS IGUALES <div></div> NÚMEROS DIFERENTES <div></div> → INDAGUE Y CORRIJA										
223 A	VERIFIQUE: PARA CADA NACIMIENTO: SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) PARA CADA HIJO VIVO: SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) PARA CADA HIJO MUERTO: SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220)									<div></div> <div></div> <div></div>	
223 B	VEA 220: PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ANOTO 12 EN MESES O 01 EN AÑOS, ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.							1.....	2.....	3.....	
223 C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.							<div></div>	<div></div>	<div></div>	
224	VERIFIQUE 215, CIRCULE EL NUMERO DE ORDEN DE LOS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1998 Y ANOTE EL NUMERO EN LA CASILLA: SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 226.										<div></div>
225	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 1998 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO, PREGUNTE POR LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y ANOTE UNA "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES QUE DURÓ EL EMBARAZO.(NOTA: EL NUMERO DE LETRAS 'E' SERÁ IGUAL A LA DURACIÓN DEL EMBARAZO MENOS 1 MES). ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	229 229
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES.....	
227A	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	238
230	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos?	MES..... AÑO.....	
230 A	¿Ese embarazo terminó en pérdida, aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3 PERDIDA 4	
231	VERIFIQUE 230; UTLIMA TERMINACION OCURRIO EN 1998 O DESPUÉS ÚLTIMA TERMINACION EN 1998 O DESPUÉS	ÚLTIMA TERMINACIÓN ANTES DE 1998	238
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES.....	
232A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto después de enero de 1998?	SI..... 1 NO..... 2	238
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 1998 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINO EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA		
235	¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto antes de enero de 1998?	SI..... 1 NO..... 2	238
236	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos que terminó antes de enero de 1998?	MES..... AÑO.....	
237	¿Cuántos meses duró ése embarazo que terminó antes de enero de 1998? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES.....	
237 A	¿Ese embarazo terminó en pérdida, aborto o nacido muerto? SI ES ABORTO SONDEE ¿Espontáneo o inducido?	ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO 2 NACIDO MUERTO 3 PERDIDA 4	
238	VEA LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO PARA NACIDOS VIVOS, EMBARAZOS O TERMINACIONES A PARTIR DE ENERO DE 1998 NACIDOS VIVOS O TERMINACIONES ESTA EMBARAZADA OTRAS CONDICIONES		251
240	¿A raíz de su último (o actual) embarazo, tuvo algún problema de salud:	SI NO NS/NR	
A	¿Durante el embarazo?	DURANTE EL EMBARAZO 1 2 8	
B	¿Durante el parto o terminación?	DURANTE EL PARTO O TERMINACION .. 1 2 8	
C	¿Después del parto o terminación?	DESPUES D EL PARTO O TERMINACION 1 2 8	
240D	VEA 240 ALGÚN "SI" NINGÚN "SI"		251

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
241	Que tipo de problema de salud tuvo:	<div>SI NO NS/NR</div> <div><div>A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?</div><div>B ¿Visión borrosa o como estrellitas?</div><div>C ¿Presión arterial elevada?</div><div>D ¿Ataques o convulsiones?</div><div>E ¿Pérdida de la conciencia?</div><div>F ¿Fiebre o calentura?</div><div>G ¿Infección en la matriz?</div><div>H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?</div><div>I ¿Dolor o ardor al orinar?</div><div>J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?</div><div>K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?</div><div>L ¿La placenta no podía salir?</div><div>M ¿Desgarros genitales en el parto?</div><div>N ¿El bebé estaba mal acomodado?</div><div>O ¿El parto duró mas de 12 horas?</div><div>P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto?</div><div>X Otro no mencionado?</div></div> <div><div>DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....</div><div>VISION BORROSA (O COMO ESTRELLITAS)....</div><div>PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....</div><div>ATAQUES O CONVULSIONES.....</div><div>PERDIDA DE LA CONCIENCIA.....</div><div>FIEBRE O CALENTURA.....</div><div>INFECCION EN LA MATRIZ.....</div><div>FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR.....</div><div>DOLOR O ARDOR AL ORINAR.....</div><div>PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO.....</div><div>PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.....</div><div>LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....</div><div>DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....</div><div>BEBE MAL ACOMODADO.....</div><div>PARTO DURO MAS DE 12 HORAS.....</div><div>SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO.....</div><div>OTRO.....</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div>	
242	¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para esos problemas?	<div>SI.....</div> <div>NO.....</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>244</div>
243	Buscó atención o ayuda:	<div>SI NO NS</div> <div><div>A ¿Del personal de un servicio de salud?</div><div>B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?</div><div>C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?</div><div>D ¿Se atendió usted misma?</div></div> <div><div>PERSONAL DE SALUD.....</div><div>PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI).....</div><div>AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR.....</div><div>ELLA SOLA.....</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div>	
243E	VEA : <div>PREG. 243D = 1</div>	<div>PREG. 243A = 1</div> <div>PREG. 243B = 1</div> <div>PREG. 243C = 1</div> <div>OTRAS RESPUESTAS</div>	<div>247</div> <div>245</div> <div>246</div>
244	¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda? SI MENCIONA VARIAS SONDEAR PARA DETERMINAR LA RAZÓN PRINCIPAL	<div>ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA.....</div> <div>NO ERA NECESARIO.....</div> <div>NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR.....</div> <div>ERA DE NOCHE.....</div> <div>NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS.....</div> <div>NO TENIA DINERO.....</div> <div>ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE.....</div> <div>OTRA RAZÓN.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>01</div> <div>02</div> <div>03</div> <div>04</div> <div>05</div> <div>06</div> <div>07</div> <div>96</div>
245	¿Por qué no pensó acudir a un servicio de salud?	<div>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</div> <div>SABEMOS QUE TRATAN MAL.....</div> <div>NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS.....</div> <div>EL SERVICIO ES CARO.....</div> <div>NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD.....</div> <div>OTRA RAZÓN.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>01</div> <div>02</div> <div>03</div> <div>04</div> <div>05</div> <div>96</div> <div>250</div>
246	¿Qué hizo o qué tipo de ayuda o tratamiento recibió? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Alguna otra ayuda o tratamiento más?	<div>MASAJES.....</div> <div>MANTEO.....</div> <div>MATES CASEROS.....</div> <div>INYECCIONES.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>TABLETAS O PASTILLAS.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SAHUMERIO.....</div> <div>BAÑOS DE HIERBAS.....</div> <div>OTRA AYUDA O TRATAMIENTC.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NINGUNO/NADA.....</div>	<div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>D</div> <div>E</div> <div>F</div> <div>G</div> <div>X</div> <div>Y</div> <div>250</div>
247	¿Tuvo alguna dificultad para llegar hasta el Servicio de Salud? SI LA RESPUESTA ES 'SI', PREGUNTE: ¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?	<div>NINGUNA DIFICULTAD.....</div> <div>FALTA DE TRANSPORTE.....</div> <div>MAL ESTADO DE LOS CAMINOS.....</div> <div>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</div> <div>OTRA DIFICULTAD.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>6</div> <div>249</div>
248	¿Cuál fue el principal problema que tuvo en el servicio cuando solicitó la atención en el servicio salud?	<div>NINGUNO.....</div> <div>TARDARON EN ATENDERNOS.....</div> <div>NOS TRATARON MAL.....</div> <div>NO HABÍA PERSONAL.....</div> <div>NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS.....</div> <div>NO QUISIERON ATENDERNOS.....</div> <div>NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD.....</div> <div>OTRO PROBLEMA.....</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>01</div> <div>02</div> <div>03</div> <div>04</div> <div>05</div> <div>06</div> <div>07</div> <div>96</div>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																	
249	Cuáles de los siguientes tratamientos le dieron para su problema de salud: A ¿Antibióticos en inyección? B ¿Antibióticos por la vía oral? C ¿Analgésicos (calmantes)? D ¿Líquidos por vena? E ¿Transfusión de sangre? F ¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE) G ¿Legrado? H ¿Cesárea? I ¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE) J ¿Ninguno?	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN.</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>ANALGÉSICOS (CALMANTES).....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>LÍQUIDOS POR VENA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>OTRO TRATAMIENTO MEDICO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>LEGRADO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CESAREA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>OTRA CIRUGÍA</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>NINGUNO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		SI	NO	ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN.	1	2	ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL.....	1	2	ANALGÉSICOS (CALMANTES).....	1	2	LÍQUIDOS POR VENA.....	1	2	TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....	1	2	OTRO TRATAMIENTO MEDICO.....	1	2	LEGRADO.....	1	2	CESAREA.....	1	2	OTRA CIRUGÍA	1	2	NINGUNO.....	1	2	
	SI	NO																																		
ANTIBIÓTICOS EN INYECCIÓN.	1	2																																		
ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL.....	1	2																																		
ANALGÉSICOS (CALMANTES).....	1	2																																		
LÍQUIDOS POR VENA.....	1	2																																		
TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....	1	2																																		
OTRO TRATAMIENTO MEDICO.....	1	2																																		
LEGRADO.....	1	2																																		
CESAREA.....	1	2																																		
OTRA CIRUGÍA	1	2																																		
NINGUNO.....	1	2																																		
250	¿Considera que el problema que tuvo fue poco grave, más o menos grave o muy grave ?	POCO GRAVE..... 1 MAS O MENOS GRAVE..... 2 MUY GRAVE..... 3																																		
251	¿Cuándo comenzó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	HACE: DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996																																		
252	Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	254 254																																	
253	Para usted, ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento ?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8																																		
254	¿Se ha realizado el Papanicolau (PAP) en los últimos tres años?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA/NO SABE..... 8	259 259																																	
255	¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolau (PAP) en los últimos tres años?	NRO. DE VECES.....																																		
256	¿En la última prueba, cuál fue el resultado? _____ ANOTE LA RESPUESTA DE MANERA TEXTUAL	POSITIVO..... 1 NEGATIVO..... 2 INFECCION..... 3 NO TENIA NADA 4 NO RECOGIÓ EL RESULTADO..... 5 NO SABE..... 8	259																																	
257	Como resultado de lo que le dijeron: A ¿Fue a otro servicio de salud? B ¿Se hizo otros exámenes? C ¿Siguió algún tratamiento? D ¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días? E ¿Repitió el Papanicolau en un año o más?	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>FUE A OTRO SERVICIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>OTROS EXÁMENES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>TRATAMIENTO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		SI	NO	FUE A OTRO SERVICIO.....	1	2	OTROS EXÁMENES.....	1	2	TRATAMIENTO.....	1	2	REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE.....	1	2	REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS.....	1	2	257F															
	SI	NO																																		
FUE A OTRO SERVICIO.....	1	2																																		
OTROS EXÁMENES.....	1	2																																		
TRATAMIENTO.....	1	2																																		
REPITIÓ EL PAP INMEDIATAMENTE.....	1	2																																		
REPITIÓ EL PAP EN UNA AÑO O MAS.....	1	2																																		
257F	VEA PREG. 257: ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> ↓ NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>		259																																	
258	¿Cumplió usted con lo que le indicaron? SI LA RESPUESTA ES 'NO' SONDEE: ¿Por qué no?	SI..... 1 NO/NO PLANEA/NO PUEDE/NO QUIERE... 2 NO PERO PLANEA CUMPLIR..... 3 ES COSTOSO..... 4																																		
259	¿Sabe para qué se realiza el Papanicolaou (PAP)? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Para algo más?	PARA DETECTAR CANCER DE CUELLO DE ÚTERO..... A PARA DETECTAR INFECCIONES..... B PARA DETECTAR OTRAS ENFERMEDADES..... C PARA DETECTAR CÁNCER DE LA MUJER..... D PARA CURAR EL CÁNCER U OTRAS ENFERMEDADES..... E OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																																		
260	En algún momento, ¿un trabajador de salud le ofreció realizarle el Papanicolaou (PAP)?	SI..... 1 NO..... 2																																		
261	¿Conoce usted alguna persona, hermana, familiar, amiga o vecina que ha fallecido por cáncer de cuello uterino?	SI..... 1 NO..... 2	301																																	
262	¿Cuántas mujeres conoce que hayan fallecido por cáncer de cuello uterino?	NRO. PERSONAS.....																																		

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN			
Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.			
301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?	
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.	SI..... 1 NO..... 2	¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos? SI..... 1 NO..... 2
03	PASTILLAS /PÍLDORAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
04	DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIONES (DEPO - PROVERA) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique u- una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
06	NORPLANT (IMPLANTES) Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
07	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene duran- te las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
08	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
09	MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
10	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
11	RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada .	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
12	RETIRO (COITO INTERRUPTO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
13	MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR) Apropiado para mujeres cuyos ciclos menstruales varían entre 28 días. El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que pueden tener relaciones.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
14	ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
15	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI..... 1 (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
317	VERIFIQUE 316 Y 316A, FECHA CUANDO EMPEZO A USAR: <div>DESPUÉS DE ENERO DE 1998 <input type="text"/></div> <div>ANTES DE ENERO DE 1998 <input type="text"/></div>		327
319	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 RETIRO..... 13 OTRO MÉTODO: 96 (ESPECIFIQUE)	322 331 320A 331 331 331 331
320	¿En dónde obtuvo usted (MÉTODO ACTUAL), que está usando actualmente, la primera vez? SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PUBLICO O PRIVADO _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULT. DE CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/MEDICO PARTICULAR..... 18 PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... 19 MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... 20 FARMACIA..... 21 AMIGO/FAMILIAR..... 22 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
321	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 10	328 325 325 325
322	Cuando usted obtuvo (METODO) en (FUENTE DE 313 O 320), ¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?	SI..... 1 NO..... 2	324
323	¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre posibles problemas o efectos secundarios que podría experimentar con el método?	SI..... 1 NO..... 2	325
324	¿Le dijeron qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema por uso del método?	SI..... 1 NO..... 2	
325	VERIFIQUE 322: <div>ALGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO</div> <div>NINGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO</div> <div>Antes de empezar a usar el método ¿le hablaron en ese momento de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar?</div> <div>Cuando Ud. obtuvo el método actual, le hablaron de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar?</div>	SI..... 1 NO..... 2	327
326	¿Alguna vez un trabajador de salud o de planificación familiar le habló sobre otros métodos de planificación familiar que usted podría usar?	SI..... 1 NO..... 2	
327	VERIFIQUE 311 Y 311A: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE: SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTES 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 09 MELA (LACTANCIA/AMENORREA)..... 10 RITMO..... 11 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 12 RETIRO..... 13 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	331 331

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
328	¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO. 17 PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... 18 MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... 19 FARMACIA..... 20 AMIGO/FAMILIAR..... 21 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	331
329	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	331
330	¿Cuál es ese lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS DE LA INFORMANTE INDAGUE: ¿Algún otro lugar?	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... C CLÍNICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O DE LA IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULT. DE CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... J FARMACIA..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
331	¿En los últimos 12 meses ha sido visitada por personal de salud, promotor(a)/voluntario(a)/agente comunitario, que le habló sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	
332	¿En los últimos 12 meses ha visitado algún establecimiento del salud para el cuidado suyo o de su(s) hijo(s)?	SI..... 1 NO..... 2	401
333	¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA				
401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="text"/> DESDE ENERO DE 1998			
	NINGÚN NACIDO VIVO <input type="text"/> → PASE A 490 DESDE ENERO DE 1998			
402	ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA Y TERCERA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud de los nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años. Hablaremos de cada niño por turno			
403	VEA EN 212 Y 215 ANOTE DE LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1998, NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>
404	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO <input type="text"/> MUERTO <input type="text"/>	VIVO <input type="text"/> MUERTO <input type="text"/>	VIVO <input type="text"/> MUERTO <input type="text"/>
405	Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería usted quedar embarazada en ese momento , quería esperar hasta más adelante , o no quería tener más hijos ?	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 423) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 423) ←
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿Vio a alguien para control de embarazo o atención prenatal?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> (PASE A 415) ←		
407A	¿A quien vio para el control de embarazo o atención prenatal? INDAGUE: ¿Alguien más?	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA D ESPOSO /COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE)		
408	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando Vio a alguien para control de embarazo o control prenatal por primera vez?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
409	¿Cuántas visitas de control de embarazo (atención prenatal) tuvo durante el embarazo de (NOMBRE)?	Nº DE VISITAS..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
410	VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL	UNA VEZ <input type="text"/> MÁS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="text"/> (PASE A 412) ↓		
411	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control prenatal por última vez?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98		
412	En sus controles le hicieron algo de lo siguiente: A ¿La pesaron? B ¿La midieron (talla)? C ¿Le tomaron la presión arterial? D ¿Le hicieron un examen de orina? E ¿Le hicieron un examen de sangre? F ¿Le midieron la barriga? G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?	SI NO PESARON..... 1 2 LA MIDIERON..... 1 2 PRESIÓN ARTERIAL..... 1 2 EXAMEN DE ORINA..... 1 2 EXAMEN DE SANGRE..... 1 2 BARRIGA..... 1 2 LATIDOS BEBE..... 1 2		
413	¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 8 <input type="text"/> (PASE A 415) ←		
414	¿Le dijeron a donde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO SE ACUERDA..... 8		
415	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna inyección en el brazo para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 8 <input type="text"/> (PASE A 417) ←		
416	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa inyección?	VECES / DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE..... 8		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE <div></div>	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE <div></div>	NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> <div></div> NOMBRE <div></div>
417	Durante ese embarazo, ¿Tomó hierro en pastilla o recibió inyecciones de hierro (sulfato ferroso)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 419) ←		
418	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿Por cuántos días recibió hierro en inyección o pastillas? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	TOTAL DÍAS <div></div> <div></div> <div></div> NO SABE 998		
419	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
420	Durante ese embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
423	Cuando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8	MUY GRANDE..... 1 GRANDE 2 MEDIANO (NORMAL)..... 3 PEQUEÑO 4 MUY PEQUEÑO..... 5 NO SABE..... 8
424	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 426) ←
425	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? SOLICITE QUE LE MUESTRE LA TARJETA DE SALUD Y TRANSCRIBA LA INFORMACIÓN	<div>Kg. Grs.</div> <div>PESO DE LA TARJETA..... 1 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 99998</div>	<div>Kg. Grs.</div> <div>PESO DE LA TARJETA... 1 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>PESO SEGÚN RECUERDA/ 2 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 99998</div>	<div>Kg. Grs.</div> <div>PESO DE LA TARJETA..... 1 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <div></div>. <div></div><div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 99998</div>
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y	MÉDICO A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA C PARTERA..... D ESPOSO/COMPAÑERO..... E FAMILIAR / AMIGA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE..... Y
427	¿Dónde usted tuvo el parto de (NOMBRE)?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 429) ←
428	¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 435) ←
429	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún profesional de la salud o partera le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 433) ←	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
430	¿A los cuántos días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA	DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <div></div> <div></div> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <div></div> <div></div> NO SABE..... 998		

		ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE _____
431	¿Quién la atendió en ese momento? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MAS CAPACITADA	MÉDICO 01 ENFERMERA..... 02 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 03 PARTERA 04 FAMILIAR / AMIGA..... 05 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
432	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP DE ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 17 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 DOMICILIO ENTREVISTADA..... 23 OTRO DOMICILIO..... 24 OTRO LUGAR _____ 96 (ESPECIFIQUE)		
433	Dentro de las ocho semanas siguientes al parto, ¿recibió usted una dosis de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2		
434	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) ← NO..... 2 (PASE A 437) ←		
435	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 439) ←
436	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla?	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98
437	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA EMBARAZADA O INSEGURA ↓ ↓ (PASE A 439)		
438	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 440) ←		
439	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvió a tener relaciones sexuales? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98	MESES..... NO SABE..... 98
440	¿Le dio el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 447) ←
441	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" SI MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EN HORAS. SI 24 HORAS O MÁS, ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 DÍAS..... 2	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 DÍAS..... 2	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 DÍAS..... 2
442	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente de la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 444) ←
443	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	AGUA SOLA..... A AGUA AZUCARADA..... B JUGO..... C MATES..... D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	AGUA SOLA..... A AGUA AZUCARADA..... B JUGO..... C MATES..... D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	AGUA SOLA..... A AGUA AZUCARADA..... B JUGO..... C MATES..... D LECHES ESPECIALES..... E LECHE FRESCA..... F LECHE DILUIDA/EN POLVO..... G OTROS LÍQUIDOS..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)

		<div>ÚLTIMO NACIDO VIVO</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div>	<div>PENÚLTIMO NACIDO VIVO</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div>	<div>ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</div> <div>NÚMERO DE ORDEN<div></div><div></div></div> <div>NOMBRE</div>
444	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 446)</div>	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 446)</div>	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 446)</div>
445	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	<div>SI..... 1</div> <div>(PASE A 448)</div> <div>NO..... 2</div>	<div>SI..... 1</div> <div>(PASE A 448)</div> <div>NO..... 2</div>	<div>SI..... 1</div> <div>(PASE A 448)</div> <div>NO..... 2</div>
446	¿Durante cuántos meses le dio usted el pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00'	<div>MESES.....<div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 98</div>	<div>MESES.....<div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 98</div>	<div>MESES.....<div></div><div></div></div> <div>NO SABE..... 98</div>
447	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO:	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 450)</div> <div>(REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)</div>	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 450)</div> <div>(REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454)</div>	<div>VIVO<div></div></div> <div>MUERTO<div></div></div> <div>(PASE A 450)</div> <div>(PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 454)</div>
448	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>ANOCHES.....<div></div><div></div></div>	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>ANOCHES.....<div></div><div></div></div>	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>ANOCHES.....<div></div><div></div></div>
449	¿Cuántas veces le dio el pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer (6a.m a 6 p.m)? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA APROXIMAR EL NÚMERO	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>AYER.....<div></div><div></div></div>	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>AYER.....<div></div><div></div></div>	<div>NÚMERO DE VECES</div> <div>AYER.....<div></div><div></div></div>
450	¿En el día de ayer o en la noche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>
451	¿Se agregó azúcar a algún alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>
451A	¿Se agregó sal o algún otro alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO SABE..... 8</div>
452	¿Durante el día de ayer y por la noche cuántas veces le dio a (NOMBRE) alimentos semi-sólidos (puré, papillas) y sólidos? SI 7 VECES O MÁS, ANOTE '7'.	<div>NÚMERO DE VECES.....<div></div></div> <div>NO SABE 8</div>	<div>NÚMERO DE VECES.....<div></div></div> <div>NO SABE 8</div>	<div>NÚMERO DE VECES.....<div></div></div> <div>NO SABE 8</div>
453		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 454	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 454

SECCIÓN 4B. INMUNIZACIÓN Y SALUD

454	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE HISTORIA DE NACIMIENTOS, DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. SI HAY MÁS DE TRES NACIDOS VIVOS, UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIOS ADICIONALES PARA CADA UNO.			
455	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE
456	DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO	VIVO MUERTO (PASE A 456 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)	VIVO MUERTO (PASE A 456 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)	VIVO MUERTO (PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486)
457	¿Recibió (NOMBRE) alguna dosis de VITAMINA A en los últimos 6 meses? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
458	¿Tiene usted el Carnet de Salud Infantil, comprobante de vacunación u otro carnet de vacunación? SI LA RESPUESTA ES 'SI': ¿Puedo verla por favor?	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE 3	SÍ, VISTA..... 1 (PASE A 460) ← SÍ, NO VISTA..... 2 (PASE A 462) ← NO TIENE 3
459	¿Tuvo usted alguna vez el Carnet de salud infantil o comprobante de vacunación de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 462) ←
460	1) COPIE DEL CARNET DE VACUNACIÓN Y/O COMPROBANTE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN PARA CADA VACUNA. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA 'DÍA', SI EL CARNET DE SALUD INFANTIL MUESTRA QUE LE PUSIERON VACUNA PERO NO HAY FECHA ANOTADA.	BCG POLIO 0 POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DPT 1 / PENTA 1 DPT 2 / PENTA 2 DPT 3 / PENTA 3 SARAMPIÓN / SRP / SR VITAMINA A (MÁS RECIENTE) JARABE DE HIERRO	BCG P 0 P 1 P 2 P 3 D 1 D 2 D 3 SAR V A J H	BCG P 0 P 1 P 2 P 3 D 1 D 2 D 3 SAR V A J H
461	¿Recibió (NOMBRE) vacunas que no estén registradas en este carnet de salud infantil o comprobante, incluyendo vacunas recibidas en campañas de vacunación? INSTRUCCION:	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DÍA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DÍA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 (SONDEE SOBRE VACUNAS QUE FALTAN Y COMPLETE LA TABLA EN 460 ANOTE 66 O 00 EN COLUMNA DÍA) (PASE A 466) ← NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
462	¿Recibió (NOMBRE) alguna vacuna para protegerlo(a) contra las enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en días de campañas de vacunación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 466) ←
463A	Dígame por favor si (NOMBRE) recibió algunas de las siguientes vacunas: ¿La vacuna BCG contra la tuberculosis, esto es una inyección que se aplica en el brazo o en el hombro derecho, que deja una cicatriz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463B	¿Recibió (NOMBRE) una vacuna contra la POLIO, esto es gotas en la boca?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463E) ←
463C	¿Cuándo recibió (NOMBRE) la primera dosis de la vacuna contra la POLIO, fue cuando nació o mas adelante?	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2	CUANDO NACIÓ 1 MÁS ADELANTE 2
463D	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO?	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8	No. DE VECES..... NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <div></div> <div></div> NOMBRE _____
463E	¿Recibió la vacuna DPT / PENTA, que es una inyección que se pone en las nalgas o en el muslo, cada vez que le dan al niño las gotitas contra la polio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 463G) ←
463F	¿Cuántas veces le dieron DPT/PENTA?	No. DE VECES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 8	No. DE VECES..... <div></div> <div></div> NO SABE..... 8
463G	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el SARAMPIÓN / SRP?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
463H	¿Recibió (NOMBRE) jarabe de hierro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
466	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con fiebre en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
467	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 469) ←
468	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y rápidas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
469	VERIFIQUE 466 Y 467: FIEBRE O TOS?	"SI" EN 466 O EN 467 <div></div> <div></div> OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <div></div> <div></div> OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)	"SI" EN 466 O EN 467 <div></div> <div></div> OTRA RESPUESTA ↓ (PASE A 475)
470	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la fiebre (o la tos)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 475) ←
471	¿Dónde pidió usted consejo o tratamiento para la fiebre o tos? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ANOTE TODOS LOS LUGARES/	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... J FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... H MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... I FARMACIA..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... H MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... I FARMACIA..... J AMIGO/FAMILIAR..... K OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE _____			PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE _____			ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <table><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE _____																							
475	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 483) ←																											
476	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la diarrea. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la diarrea, más líquidos o menos líquidos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos líquido de lo acostumbrado o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS LIQUIDOS..... 4 NADA LÍQUIDO 5 NO SABE 8																											
477	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de alimentos que de costumbre, le dió más o le dió menos? SI MENOS, INDAGUE: ¿Le dió mucho menos alimento de lo que le daba o un poco menos?	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD..... 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8	MUCHO MENOS 1 UN POCO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS CANTIDAD 4 NADA DE COMER..... 5 NO SABE 8																											
478	Le dió a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida? B ¿Suero casero de agua, sal y azúcar?	<table><tr><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr><tr><td>SRO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SUERO CASERO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>	SI	NO	NS	SRO..... 1	2	8	SUERO CASERO..... 1	2	8	<table><tr><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr><tr><td>SRO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SUERO CASERO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>	SI	NO	NS	SRO..... 1	2	8	SUERO CASERO..... 1	2	8	<table><tr><td>SI</td><td>NO</td><td>NS</td></tr><tr><td>SRO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>SUERO CASERO..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>	SI	NO	NS	SRO..... 1	2	8	SUERO CASERO..... 1	2	8
SI	NO	NS																													
SRO..... 1	2	8																													
SUERO CASERO..... 1	2	8																													
SI	NO	NS																													
SRO..... 1	2	8																													
SUERO CASERO..... 1	2	8																													
SI	NO	NS																													
SRO..... 1	2	8																													
SUERO CASERO..... 1	2	8																													
479	¿Le dió algo (más) para tratar la diarrea a (NOMBRE) distinto a los sueros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 481) ←																											
480	¿Qué (más) le dieron para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE PARA LA DIARREA..... A INYECCIÓN..... B SUERO INTRAVENOSO..... C REMEDIOS CASEROS/ MEDICINAS DE HIERBAS D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																											
481	¿Buscó usted consejo o tratamiento médico para la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 483) ←																											
482	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... K FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... K FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLINICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... H PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... K FARMACIA..... K AMIGO/FAMILIAR..... L OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)																											
483		REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	REGRESE A 456 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 484	PASE A 456 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS, PASE A 484																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
484	VERIFIQUE 215 Y 218: NUMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 1998 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE <input type="text"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		487																											
485	¿Qué pasa usualmente con las materiales fecales (caca) de (NOMBRE) cuando éste no usa el sanitario?	SIEMPRE USA SANITARIO/LETRINA/WATER..... 01 LA TIRA EN EL SANITARIO/LETRINA/WATER..... 02 LO ECHA AL BASURERO PUBLICO 03 LA TIRA FUERA DEL PATIO..... 04 LA ENTIERRA EN EL PATIO 05 LE ECHA AGUA 06 SE DEJA AHÍ/ NO HACE NADA 07 USA PAÑALES 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																												
486	VERIFIQUE 478A , TODOS LOS NIÑOS (AS): NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL <input type="checkbox"/>		488																											
487	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																												
488	VERIFIQUE 218: ENTREVISTADA TIENE NIÑOS(AS) QUE VIVEN CON ELLA UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		490																											
489	Quando (su hijo/uno de sus hijos) está seriamente enfermo, ¿Es usted misma quien decide si es necesario llevarlo al médico?	SI..... 1 SI, EN PAREJA..... 2 DEPENDE..... 3 NO..... 4																												
490	Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar. Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, para Ud. es un gran problema o no lo es , lo siguiente:	<table><thead><tr><th></th><th>GRAN PROBLEMA</th><th>NO ES GRAN PROBLEMA</th></tr></thead><tbody><tr><td>A ¿Saber adónde ir?</td><td>SABE A DONDE IR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>B ¿Conseguir permiso para ir?</td><td>CONSIGUE PERMISO PARA IR..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?</td><td>CONSIGUE DINERO..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>D ¿La lejanía de los servicios médicos?</td><td>LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>E ¿No contar con movilidad para transportarse?</td><td>MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>F ¿Ir sola?</td><td>IR SOLA..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>G ¿Que sólo son hombres quienes atiendan?</td><td>SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1</td><td>2</td></tr><tr><td>H ¿Las responsabilidades domésticas y/o cuidado de los hijos?</td><td>RESPONSABILIDADES DOMESTICAS... 1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		GRAN PROBLEMA	NO ES GRAN PROBLEMA	A ¿Saber adónde ir?	SABE A DONDE IR..... 1	2	B ¿Conseguir permiso para ir?	CONSIGUE PERMISO PARA IR..... 1	2	C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	CONSIGUE DINERO..... 1	2	D ¿La lejanía de los servicios médicos?	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1	2	E ¿No contar con movilidad para transportarse?	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE..... 1	2	F ¿Ir sola?	IR SOLA..... 1	2	G ¿Que sólo son hombres quienes atiendan?	SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1	2	H ¿Las responsabilidades domésticas y/o cuidado de los hijos?	RESPONSABILIDADES DOMESTICAS... 1	2	
	GRAN PROBLEMA	NO ES GRAN PROBLEMA																												
A ¿Saber adónde ir?	SABE A DONDE IR..... 1	2																												
B ¿Conseguir permiso para ir?	CONSIGUE PERMISO PARA IR..... 1	2																												
C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	CONSIGUE DINERO..... 1	2																												
D ¿La lejanía de los servicios médicos?	LEJANÍA DE SERVICIOS MÉDICOS..... 1	2																												
E ¿No contar con movilidad para transportarse?	MOVILIDAD PARA TRANSPORTARSE..... 1	2																												
F ¿Ir sola?	IR SOLA..... 1	2																												
G ¿Que sólo son hombres quienes atiendan?	SOLO ATIENDEN HOMBRES..... 1	2																												
H ¿Las responsabilidades domésticas y/o cuidado de los hijos?	RESPONSABILIDADES DOMESTICAS... 1	2																												
491	VERIFIQUE 215 Y 218, TODAS LAS FILAS: NUMERO DE NIÑOS NACIDOS EN 1998 O DESPUÉS QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		495																											
492	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) bebió en los últimos 7 días incluyendo el día de ayer. PARA CADA LIQUIDO HAGA PRIMERO LA PREGUNTA 492A PARA LOS " ÚLTIMOS 7 DÍAS " Y A CONTINUACIÓN 492B PARA " AYER/NOCHE " SI NO TOMO ESE LIQUIDO, ANOTE "0" Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE LIQUIDO. SI TOMO 7 O MAS VECES, ANOTE "7" SI NO SABE, ANOTE "8"	<table><thead><tr><th>492A ÚLTIMOS 7 DÍAS</th><th>492B AYER/NOCHE</th></tr></thead><tbody><tr><td>¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)</td><td>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)</td></tr><tr><td>A <input type="text"/></td><td>A <input type="text"/></td></tr><tr><td>B <input type="text"/></td><td>B <input type="text"/></td></tr><tr><td>C <input type="text"/></td><td>C <input type="text"/></td></tr><tr><td>D <input type="text"/></td><td>D <input type="text"/></td></tr><tr><td>E <input type="text"/></td><td>E <input type="text"/></td></tr></tbody></table>	492A ÚLTIMOS 7 DÍAS	492B AYER/NOCHE	¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	B <input type="text"/>	B <input type="text"/>	C <input type="text"/>	C <input type="text"/>	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>														
492A ÚLTIMOS 7 DÍAS	492B AYER/NOCHE																													
¿Cuántos días durante los últimos 7 días bebió: _____ (NOMBRE)	En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche recibió: _____ (NOMBRE)																													
A <input type="text"/>	A <input type="text"/>																													
B <input type="text"/>	B <input type="text"/>																													
C <input type="text"/>	C <input type="text"/>																													
D <input type="text"/>	D <input type="text"/>																													
E <input type="text"/>	E <input type="text"/>																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
493	<p>Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE) ha recibido durante los últimos 7 días, incluyendo el día de ayer. PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO 493A Y DESPUÉS 493B</p> <p>SI NO COMIO ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". SI COMIÓ 7 VECES O MÁS, ANOTE "7" SI NO SABE, ANOTE "8".</p>	<div><div>493A</div><div>ÚLTIMOS 7 DÍAS</div><div>¿Cuántos días durante los últimos 7 días _____ (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?</div></div>	<div><div>493B</div><div>AYER/NOCHE</div><div>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dio de comer a _____ (NOMBRE) este alimento?</div></div>	
A	¿Arroz, maíz, avena, trigo y cebada como pan, tallarines o fideos, galletas, tamales, o cualquier comida hecha de cereal?	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	
B	¿Camote, zanahoria?	B <input type="text"/>	B <input type="text"/>	
C	¿Comida hecha de tubérculos o raíces (papa, yuca)?	C <input type="text"/>	C <input type="text"/>	
D	¿Hojas verdes oscuras, como apio, espinaca, hojas de acelga, culandro, yerba buena o brócoli?	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	
E	¿Mango maduro, papaya madura, melocotones?	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>	
F	¿Otras frutas y vegetales como banano, plátano maduro, manzana, tomate, limón, lima, naranja, mandarina, guayaba, uva, piña, coliflor?	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	
G	¿Carnes de res, pollo, pescado, huevos, hígado, riñón, corazón, jamón, mortadela?	G <input type="text"/>	G <input type="text"/>	
H	¿Frijoles rojos, negros o blancos, lenteja, soya, garbanzo?	H <input type="text"/>	H <input type="text"/>	
I	¿Queso, cuajada, yogurt, leche agria?	I <input type="text"/>	I <input type="text"/>	
J	¿Cualquier comida hecha con aceite, manteca, mantequilla, margarina, mayonesa?	J <input type="text"/>	J <input type="text"/>	

SECCIÓN 4C. SEGURO DE SALUD-SUMI

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
495	¿Conoce o ha oído hablar del Seguro Básico de Salud (SBS)?	SI..... 1 NO..... 2	498
496	¿Cómo se ha enterado del Seguro Básico de Salud? INDAGUE: ¿Alguna otra fuente? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS FUENTES MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISIÓN..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C FOLLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES/INSTITUCIONEL DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELA/MAESTROS..... G REUNIONES COMUNITARIAS..... H AMIGOS/FAMILIARES..... I SITIO DE TRABAJO..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
497	¿Qué establecimientos de salud prestaban los servicios del Seguro Básico de Salud? INDAGUE: ¿Algún otro más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B HOSP DE ONG O IGLESIA..... C CLÍNICA PRIVADA..... D CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO CAJAS DE SEGURO..... G PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	498
497A	¿Ha utilizado el Seguro Básico de Salud?	SI..... 1 NO..... 2	497D
497B	¿Cómo calificaría usted la atención que recibió en el Seguro Básico de Salud: buena, regular o mala?	BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3	498 498
497C	¿Cuales fueron las razones por la que le atendieron mal? INDAGUE: ¿Alguna razón más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... F OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	498
497D	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Básico de Salud?	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... 01 NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCOMODO..... 02 PERSONAL POCO AMABLE..... 03 PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... 04 PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... 05 EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... 06 EL LUGAR QUEDABA MUY LEJOS..... 07 NO ABRIAN TODOS LOS DÍAS..... 08 HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... 09 NO TENIA DINERO..... 10 NO NECESITE..... 11 NO CONOCE..... 12 NO ES BENEFICIARIA..... 13 OTRA RAZÓN..... 96 (ESPECIFIQUE)	
498	¿Conoce o ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil o SUMI?	SI..... 1 NO..... 2	500
498A	¿Qué personas se benefician con el SUMI? INDAGUE: ¿Alguien más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MUJERES EMBARAZADAS..... A MUJERES HASTA SEIS MESES DESPUÉS DEL PARTO..... B NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS..... C NIÑOS (AS) MAYORES DE 5 AÑOS..... D HOMBRES..... E MUJERES..... F ANCIANAS/ANCIANOS..... G OTRAS..... X (ESPECIFIQUE)	
498B	¿Sabe que el SUMI tiene una atención universal a mujeres embarazadas y hasta 6 meses despues del parto y a niños menores de 5 años?	SI..... 1 NO..... 2	
499	¿Usted o algún familiar (mujeres embarazadas hasta 6 meses despues del parto o menores de 5 años) han recibido atención de salud desde enero del 2003?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG
500	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	<div>SI NO</div> <div>NIÑOS (AS) MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2</div> <div>ESPOSO/MARIDO..... 1 2</div> <div>OTROS HOMBRES..... 1 2</div> <div>OTRAS MUJERES..... 1 2</div>	
501	¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre?	<div>SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1</div> <div>SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2</div> <div>NO, NO EN UNIÓN..... 3</div>	<div>505</div> <div>505</div>
502	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	<div>SI, ESTUVO CASADA..... 1</div> <div>SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2</div> <div>NO..... 3</div>	<div>504</div> <div>510</div>
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA HASTA ENERO DE 1998		
503A	PASE A		514
504	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	<div>VIUDA..... 1</div> <div>SEPARADA..... 2</div> <div>DIVORCIADA..... 3</div>	510
505	¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	<div>VIVE CON ELLA..... 1</div> <div>VIVE EN OTRA PARTE..... 2</div>	
506	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	<div>NOMBRE: _____</div> <div>No. ORDEN.....</div>	
510	¿Ha estado usted casada o en unión libre con un hombre, sólo una vez o más de una vez?	<div>UNA VEZ..... 1</div> <div>MÁS DE UNA VEZ..... 2</div>	
511	<div>VERIFIQUE 510:</div> <div>CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></div> <div>CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/></div> <div>¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo o compañero?</div> <div>En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?</div>	<div>MES.....</div> <div>NO SABE EL MES..... 98</div> <div>AÑO.....</div> <div>NO SABE EL AÑO..... 9998</div>	513
512	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	<div>EDAD.....</div>	
513	<div>DETERMINE LOS MESES DE CASADA O EN UNIÓN DESDE ENERO DE 1998. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 2 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE CASADA O EN UNIÓN, Y ANOTE "0" POR CADA MES NO CASADA/UNIDA, DESDE ENERO DE 1998.</div> <div>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN O CON MÁS DE UNA UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTA O LA FECHA DE VIUDEZ/SEPARACIÓN/DIVORCIO Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN SUBSECUENTE</div> <div>PARA MUJERES CON MÁS DE UNA UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA DE LA UNIÓN ACTUAL Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES</div>		
514	<div>Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar</div> <div>¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</div>	<div>NUNCA HA TENIDO00</div> <div>EDAD EN AÑOS</div> <div>CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95</div>	<div>524</div>
515	<div>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</div> <div>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA, PERO SI LA RESPUESTA EQUIVALE A 12 MESES O MAS, ANOTE EN "AÑOS"</div>	<div>DÍAS..... 1</div> <div>SEMANAS..... 2</div> <div>MESES..... 3</div> <div>AÑOS..... 4</div>	<div>524</div>
516	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
517	<p>¿Cuál es su relación con el hombre con quien tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI ES EL "NOVIO/PROMETIDO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con usted cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO..... 01</p> <p>EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO..... 02</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 03</p> <p>AMIGO..... 04</p> <p>CONOCIDO CASUAL..... 05</p> <p>PARIENTE..... 06</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL..... 07</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	519
518	<p>¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/></p>	
519	<p>Durante los últimos 12 meses</p> <p>¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	524
520	<p>La última vez que tuvo relaciones sexuales con esa otra persona, ¿usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8</p>	
521	<p>¿Cuál es (era) su relación con esa otra persona es decir, quién es (era) esa otra persona?</p> <p>SI EL HOMBRE ERA NOVIO/PROMETIDO, PREGUNTE: ¿Estaba su novio/prometido viviendo con usted cuando tuvo su última relación sexual con usted?</p> <p>SI "SI", MARQUE "01" SI "NO", MARQUE "02"</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO 01</p> <p>EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO 02</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 03</p> <p>AMIGO..... 04</p> <p>CONOCIDO CASUAL..... 05</p> <p>PARIENTE..... 06</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL..... 07</p> <p>OTRO: _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	522/
522	<p>¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/></p>	
522A	<p>Aparte de esas dos personas ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona durante los últimos 12 meses?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	524
523	<p>En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?</p>	<p>NÚMERO DE PAREJAS <input type="text"/></p>	
524	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	601
525	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguno otro más?</p> <p>ANOTE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... C</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... D</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... F</p> <p>POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... G</p> <p>PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I</p> <p>MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... J</p> <p>FARMACIA..... K</p> <p>OTRO LUGAR _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
526	<p>Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/INSEGURA 8</p>	

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		614
602	VERIFIQUE 226: 226=2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. Después del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER (UN / OTRO) HIJO..... 1 NO MÁS HIJOS/ NINGÚN HIJO 2 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 INDECISA/NO SABE, ENTRE: NO EMBARAZADAS O INSEGURA..... 4 ENTRE EMBARAZADAS..... 5	604 614 608 610
603	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 PRONTO/AHORA..... 993 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: (ESPECIFIQUE) 996 NO SABE..... 998	609 614 609
604	VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>		610
605	VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>		608
606	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 603. QUIERE ESPERAR: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> 24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> MENOS DE 24 MESES; 00-01 AÑOS <input type="checkbox"/>		610
607	VERIFIQUE 602: QUIERE TENER (UN/ OTRO) HIJO DESPUÉS 602=1 NO QUIERE MÁS HIJOS 602=2 Usted me dijo que quería un (otro) hijo después , pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. Usted me dijo que no quería tener (más) hijos , pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Me podría decir por qué no está usando método? ¿Alguna otra razón? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO EN UNIÓN A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA..... D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H FATALISTA..... I OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... J MARIDO SE OPONE..... K OTROS SE OPONEN..... L PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... M FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... N NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... O RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... P MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... Q USO INCONVENIENTE..... R INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... S RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... T MUY COSTOSO..... U OTRA: (ESPECIFIQUE) X NO SABE..... Z	609 609 609
608	Si en las semanas siguientes usted descubriera que está embarazada, ¿para usted sería esto un gran problema, un pequeño problema, o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/SIN RELACIONES..... 4	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
609	VERIFIQUE EN 310 SI ESTA USANDO UN MÉTODO: <div>NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></div>		614
610	¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	612 612
611	¿Qué método le gustaría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 CONDÓN FEMENINO..... 08 DIAFRAGMA..... 09 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA/AMENORREA) 11 RITMO 12 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 13 RETIRO..... 14 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA/NO SABE..... 98	614
612	¿Cuál es la razón principal por la que usted no piensa usar ningún método en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 11 RAZONES DE FECUNDIDAD NO TIENE SEXO/ O POCO FREC..... 22 MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA..... 23 INFERTILIDAD MUJER..... 24 INFERTILIDAD HOMBRE..... 25 DESEA MÁS HIJOS..... 26 OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... 31 MARIDO SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... 51 MIEDO EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 USO INCONVENIENTE..... 53 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 54 RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 61 MUY COSTOSO..... 62 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
612A	VERIFIQUE 612 <div>NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/></div>		614
613	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
614	VERIFIQUE 216: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> <div>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 NÚMERO..... OTRA RESPUESTA..... 96 (ESPECIFIQUE)	616 616
615	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE MUJER CUALQUIERA NÚMERO OTRA (ESPECIFIQUE) 96	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616	¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar o postergar un embarazo?	DE ACUERDO 1 DESACUERDO 2 NO SABE/INSEGURA 3	
617	Durante los últimos meses: A ¿Usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? B ¿Usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? C ¿Usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	<div>SI</div> <div>NO</div> RADIO 1 2 TELEVISIÓN 1 2 PERIÓDICOS / REVISTAS 1 2	
619	¿En los últimos meses, ha hablado sobre planificación familiar con amigos, vecinos o parientes?	SI 1 NO 2	621
620	¿Con quién ha hablado? INDAGUE: ¿Alguien más? ANOTE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPOSO/COMPAÑERO A MADRE B PADRE C HERMANA(S) D HERMANO(S) E HIJA(S) F HIJO(S) G SUEGRA H AMIGOS/VECINOS I OTRO X (ESPECIFIQUE)	
621	VERIFIQUE 501: SI, ACTUALMENTE CASADA 501=1 SI, EN UNIÓN 501=2 NO EN UNIÓN 501=3		628
622	VERIFIQUE 311/311A: SI USA ACTUALMENTE ALGÚN CÓDIGO MARCADO NINGÚN CÓDIGO MARCADO		624
623	Usted me ha dicho que está usando (MÉTODO). ¿Usted diría que el uso de (MÉTODO) fue su decisión, la de su pareja (esposo compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO)..... 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA 6 (ESPECIFIQUE)	625 625
624	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los puntos de vista de su pareja (esposo o compañero) sobre la planificación familiar. ¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar los embarazos?	APRUEBA 1 DESAPRUEBA 2 NO SABE 8	
625	¿Con qué frecuencia usted habla con su pareja (esposo o compañero) acerca de la planificación familiar?	NUNCA 1 ALGUNAS VECES 2 MUY A MENUDO 3	
626	VERIFIQUE 311/311A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS ÉL O ELLA ESTERILIZADOS		628
627	¿Usted piensa que su pareja (esposo o compañero) desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más o menos que usted?	MISMO NÚMERO 1 MÁS HIJOS 2 MENOS HIJOS 3 NO SABE 8	
628	Marido y mujer no siempre están de acuerdo en lo que concierne a los derechos y deberes de cónyuges. Dígame por favor si usted está de acuerdo en que una esposa/compañera se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo cuando: A ¿Ella sabe que su esposo o compañero tiene una infección de transmisión sexual (venérea)? B ¿Ella sabe que su esposo o compañero tiene relaciones sexuales con otra mujer? C ¿Ella ha tenido recientemente un parto? D ¿Ella está cansada o no está de humor? E ¿Ella está con la regla? F ¿Ella no quiere salir embarazada? G ¿Él la golpea? H ¿Él está borracho?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>NO SABE</div> TIENE UNA ETS 1 2 8 OTRA MUJER 1 2 8 PARTO RECIENTE 1 2 8 CANSADA 1 2 8 REGLA 1 2 8 NO EMBARAZO 1 2 8 GOLPEA 1 2 8 BORRACHO 1 2 8	

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	<div>VERIFIQUE 501, 502:</div> <div><div>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA</div><div>501=1,2</div><div>ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA</div><div>502=1,2</div><div>502=3</div><div>NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN</div></div>	<div>703</div> <div>707</div>	
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
703	¿Su (última) pareja (esposo o compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	706
704	¿Cuál es el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó su pareja (esposo o compañero) en primaria, secundaria, normal o universidad?	<div>NIVELCURSO</div> <div>PRIMARIA 1</div> <div>SECUNDARIA 2</div> <div>NORMAL..... 3</div> <div>UNIVERSIDAD 4</div> <div>NO SABE 98</div>	
706	<div>VERIFIQUE 701:</div> <div><div>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA</div><div>ANTERIORMENTE CASADA/UNIDA</div><div>¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</div><div>¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</div></div>	<div>(ANOTE TEXTUALMENTE)</div>	
707	Además de los trabajos del hogar, ¿actualmente está usted trabajando?	SI..... 1 NO..... 2	710
708	Como usted sabe, algunas mujeres tienen trabajos por los cuales les pagan en dinero o en especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierra de la familia o empresas de la familia. ¿En la actualidad está usted haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	710
709	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	719
710	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?		
711	<div>VERIFIQUE 710</div> <div>TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA</div> <div>NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA</div>	<div>713</div>	
712	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4	
713	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
714	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
715	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	
716	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)? INDAGUE: ¿A Ud. le pagan(pagaba) por su trabajo?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	719 719
717	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que usted gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) DECIDE..... 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA 3 OTRA PERSONA 4 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 5	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS						PASE A
718	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6						
719	Usted, habitualmente realiza alguna de las siguientes actividades para su hogar: A ¿Cocina para su hogar? B ¿Lava ropa? C ¿Plancha? D ¿Cuida a los niños? E ¿Trae leña/combustible?	SI NO COCINA..... 1 2 LAVA ROPA..... 1 2 PLANCHA..... 1 2 CUIDA A LOS NIÑOS..... 1 2 TRAE LEÑA/COMBUSTIBLE..... 1 2						
720	Para cada una de las siguientes actividades, me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo o compañero), ambos de acuerdo, o alguien más: A ¿En el cuidado de su salud? B ¿En las compras diarias de la casa? C ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor? D ¿Visitas a amigos y a la familia? E ¿Qué alimentos cocinar diariamente?	ELLA	ESPOSO/ COMPA- ÑERO	AMBOS	OTRA PER- SONA	ELLA Y OTRA PER- SONA	NA- DIE	
		1	2	3	4	5	6	
		1	2	3	4	5	6	
		1	2	3	4	5	6	
		1	2	3	4	5	6	
		1	2	3	4	5	6	
721	A veces los esposos se molestan por las cosas que hacen las esposas. En su opinión, ¿se justifica que un esposo golpee a la esposa en las siguientes situaciones: A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? B ¿Si ella descuida/desatiende los niños? C ¿Si ella discute con él? D ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él? E ¿Si ella deja quemar la comida?	SI NO SI SALE FUERA..... 1 2 DESCUIDA NIÑOS 1 2 DISCUTE 1 2 NO SEXO 1 2 QUEMAN LAS COMIDAS..... 1 2						

SECCIÓN 8. SIDA e ITS				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	
801	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de:		SI NO	
A	La infección por VIH?		VIH.....	1 2
B	Una enfermedad llamada SIDA?		SIDA.....	1 2
801A	VERIFIQUE 801: <div>POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/></div>			817A
802	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?		SI.....	1
			NO.....	2 → 809
			NO SABE	8 → 809
803	¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el virus que causa el SIDA? SONDEE: ¿Algo más? ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS		ABSTENERSE DE TENER SEXO.....	A
			USAR CONDONES	B
			TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA	C
			DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	D
			NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS	E
			NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA	F
			NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES.....	G
			NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS	H
			EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE.....	I
			EVITAR INYECCIONES	J
			NO BESARSE	K
			NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA	L
			EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO	M
			NO COMPARTIR JERINGAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR	N
			TENER BUENA DIETA	O
			EVITAR COMPARTIR PLATOS, CUBIERTOS Y COMIDA CON PERSONAS INFECTADAS.....	P
			NO TENER PENETRACIÓN EN LA REL.SEXUAL.....	Q
			TENER CUIDADO AL ENTRAR A BAÑOS PÚBLICOS.....	R
			OTRO	X
			(ESPECIFIQUE)	
			NO SABE	Z
804	¿Pueden las personas evitar contraer el virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
805	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
806	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA por picaduras de mosquitos?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
807	¿Puede una persona contraer el virus del SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
809	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
810	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?		SI.....	1
			NO.....	2
			NO SABE.....	8
811	¿Puede ser transmitido el virus del SIDA de una madre infectada al hijo?		SI.....	1
			NO.....	2 → 813
			NO SABE.....	8 → 813
812	¿El virus del SIDA puede ser transmitido de la madre infectada al niño:		SI NO NO SABE	
A	¿Durante el embarazo?		DURANTE EL EMBARAZO.....	1 2 8
B	¿Durante el parto?		DURANTE EL PARTO.....	1 2 8
C	¿Durante la lactancia?		DURANTE LA LACTANCIA.....	1 2 8

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
813	VERIFIQUE 501: <div>ACTUALMENTE CASADA O UNIDA</div> <div>501=1 6 2</div> <div></div>	501=3 <div>NO CASADA/ NI UNIDA</div> <div></div>	815
814	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposo (compañero) sobre las formas de evitar contraer el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
815	Si algún miembro de su familia contrajera el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
816	Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidarlo en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
817	Aparte del SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI..... 1	
817A	¿Usted ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	NO..... 2	820
818	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que un hombre tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES..... B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES H DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?	SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K IMPOTENCIA..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
819	¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que una mujer tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)? CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE DOLOR ABDOMINAL A SECRECIÓN GENITAL B SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C MOLESTIAS AL ORINAR D ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA F ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES G VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES H DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?	SANGRE EN LA ORINA..... J PÉRDIDA DE PESO..... K INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... L OTRO: W (ESPECIFIQUE) OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO HAY SÍNTOMAS Y NO SABE..... Z	
820	¿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	822 822
821	¿Porqué cree que no tiene riesgo/tiene riesgo pequeño de contraer el SIDA? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguna más?	SE ABSTIENE DE RELACIONES..... A USA CONDONES CUANDO TIENE RELACIONES..... B ES MONOGAMA (SOLO UNA PAREJA)..... C ESPOSO NO VISITA PROSTITUTAS..... D ESPOSO NO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... E NO HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... G OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	901
822	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son moderados / altos ? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguna más?	NO USA CONDONES..... A ELLA TIENE VARIAS PAREJAS..... B ESPOSO VISITA PROSTITUTAS..... C ESPOSO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... D HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... E LE HAN APLICADO INYECCIONES..... F ESPOSO TIENE VARIAS PAREJAS..... G OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	

SECCIÓN 9. MORTALIDAD MATERNA

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS						
901	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquéllos que viven en otro lugar, y aquéllos que fallecieron . Incluyéndose usted, ¿cuántos hijos nacidos vivos en total tuvo su madre?	TOTAL HIJOS (AS) NACIDOS (AS) VIVOS(AS) QUE TUVO SU MADRE <div></div> <div></div>						
902	VERIFIQUE 901: <div>DOS O MÁS HIJO(A)S <div></div></div> <div>SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <div></div> → PASE A 1000</div>							
903	¿Cuántos de sus hermanos y hermanas nacieron antes que usted ? (es decir, cuántos le precedieron?) ANOTE "00" SI FUE LA PRIMERA HIJA	NÚMERO DE HERMANAS(OS) QUE LE PRECEDIERON... <div></div> <div></div>						
904	Nombre de su hermana(o) mayor y el nombre de las hermanas y hermanos que le siguen, vivos y muertos?	(1) <div>(NOMBRE)</div>	(2) <div>(NOMBRE)</div>	(3) <div>(NOMBRE)</div>	(4) <div>(NOMBRE)</div>	(5) <div>(NOMBRE)</div>	(6) <div>(NOMBRE)</div>	(7) <div>(NOMBRE)</div>
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 (PASE A 914) ← NO 2 NO SABE..... 8
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto abortado o nacido muerto?	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2	SI 1 (PASE A 914) ← NO..... 2
913	¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, aborto, parto postparto, o de otra causa?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA.. 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000

PREG		PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			
		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
		(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	
905	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	HOMBRE..... 1 MUJER 2	
906	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	SI 1 NO 2 <div>(PASE A 908) ←</div> NS 8 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
907	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> NS/NR.....98 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
908	¿En qué año murió (NOMBRE)?	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> (PASE A 910) NS 9998	
909	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	<div></div> <div></div> ←	
910	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE Ó SI NO HAY MÁS PASE A 1000	
911	¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió?	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO 2 NO SABE..... 8	
912	¿Murió (NOMBRE) durante el parto aborto o nacido muerto?	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	SI 1 <div>(PASE A 914) ←</div> NO..... 2	
913	¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, aborto o nacido muerto?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	
914	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, aborto, parto postparto, o de otra causa?	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	EMBARAZO..... 1 ABORTO..... 2 PARTO..... 3 POSTPARTO.... 4 OTRA CAUSA... 5	
915	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000	<div></div> <div></div> SI NO HAY MÁS PASE A 1000	

SECCIÓN 10. VIOLENCIA A LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000	<div>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</div> <div><div>PRESENCIA DE OTROS:</div><div><div>SI</div><div>NO</div></div><div>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....12</div><div>ESPOSO/COMPAÑERO.....12</div><div>OTROS HOMBRES.....12</div><div>OTRAS MUJERES.....12</div></div> <div>PRIVACIDAD OBTENIDA<div></div></div>		
1001	<div>LEA A LA ENTREVISTADA</div> <div>Yo se que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Bolivia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.</div>		
1002	<div>VERIFIQUE PREGUNTA 501 Y 502 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA</div> <div><div>ESPOSO/CONVIVIENTE</div><div>NOVIO O ENAMORADO</div><div></div></div> <div>NUNCA EN PAREJA<div></div></div>		1028
1003	<div>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposo o conviviente, su novio o enamorado</div> <div>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</div> <div><div>A</div><div>¿Su (PAREJA) le ha acusado de serle infiel?</div></div> <div><div>B</div><div>¿Su (PAREJA) trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia?</div></div> <div><div>C</div><div>¿Su (PAREJA) se expresa en términos como "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres una bruta" "mi mamá me hacía mejor las cosas"?</div></div> <div><div>D</div><div>¿Su (PAREJA) la amenaza (amenazaba) con abandonarla/irse con otra mujer?</div></div> <div><div>E</div><div>¿Su (PAREJA) la amenaza (amenazaba) con no darle apoyo económico?</div></div>	<div><div>SI</div><div>ALGUNAS</div><div>NO</div></div> <div><div>A MENUDO</div><div>VECES</div><div>NUNCA</div></div> <div>LA HA ACUSADO DE</div> <div>SER INFIEL123</div> <div>LIMITARLE CONTACTOS</div> <div>CON FAMILIA123</div> <div>EXPRESIONES</div> <div>OFENSIVAS123</div> <div>AMENAZABA CON</div> <div>ABANDONARLA123</div> <div>AMENAZABA CON</div> <div>NO APOYARLA123</div>	
1003A	<div>VERIFIQUE 1003:</div> <div>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2<div></div></div> <div>TODOS CODIGO 3<div></div></div>		1005
1004	<div>Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</div>	<div>A SOLAS.....1</div> <div>EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS.....2</div> <div>AMBAS.....3</div>	
1005	<div>Por favor dígame si las siguientes situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</div> <div><div>A</div><div>¿La ha empujado o jaloneado, a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>B</div><div>¿La ha golpeado con la mano o con el pie a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>C</div><div>¿La ha golpeado con un objeto duro a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>D</div><div>La ha tratado de estrangularle o quemarle a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>E</div><div>¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería a menudo, algunas veces o nunca?</div></div>	<div><div>SI</div><div>ALGUNAS</div><div>NO</div></div> <div><div>A MENUDO</div><div>VECES</div><div>NUNCA</div></div> <div>EMPUJADO/</div> <div>JALONEADO123</div> <div>GOLPEADO CON</div> <div>MANO/PIE123</div> <div>GOLPEADO CON</div> <div>OBJETO DURO123</div> <div>TRATADO DE</div> <div>ESTRANGULAR123</div> <div>FORZADO A TENER</div> <div>RELACIONES123</div>	
1006	<div>VERIFIQUE 1005:</div> <div>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2<div></div></div> <div>TODOS CODIGO 3<div></div></div>		1011
1007	<div>Cómo resultado de estas agresiones:</div> <div><div>A</div><div>¿Tuvo miedo o temores constantes a la reacción de su pareja?</div></div> <div><div>B</div><div>¿Tuvo moretones y dolores en el cuerpo?</div></div> <div><div>C</div><div>¿Tuvo alguna herida o hueso quebrado?</div></div> <div><div>D</div><div>¿Tuvo algún embarazo terminado en aborto?</div></div> <div><div>E</div><div>¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</div></div> <div><div>F</div><div>¿Faltó a su trabajo?</div></div>	<div><div>SI</div><div>NO</div><div>NR</div></div> <div>MIEDO A REACCION128</div> <div>TUVO MORETONES128</div> <div>HERIDA/QUEBR.128</div> <div>ABORTO128</div> <div>PERDIDA ORGANO</div> <div>O FUNCION128</div> <div>FALTO A TRABAJO128</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1008	VERIFIQUE 1007: <div>AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/></div>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	1013
1008A	Cuando fue agredida por su pareja, generalmente ésta:	<div>SI NO NS</div> <div>ALCOHOL..... 1 2 8</div> <div>DROGA..... 1 2 8</div>	
A	¿Había consumido alcohol?		
B	¿Había consumido droga?		
1009	¿Fue usted al médico o a un establecimiento de salud como resultado de lo que su (PAREJA) le hizo?	SI..... 1 NO..... 2	1011
1010	Cuando fue usted al médico o al Establecimiento de Salud ¿usted recibió información sobre las formas para buscar protección y para denunciar ese hecho?	SI..... 1 NO..... 2	
1011	Alguna persona diferente a su (PAREJA) ¿La ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a usted físicamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1013 1013
1012	¿Quiénes fueron estas personas? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D	
1013	VERIFIQUE: 1003 Y 1005 <div>AL MENOS UN CODIGO 1 O 2 <input type="checkbox"/></div>	TODO CODIGO 3 <input type="checkbox"/>	1019
1014	Cuando la han maltratado, ¿ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1016
1015	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D VECINOS/AMIGOS..... E OTRAS PERSONAS _____ X (ESPECIFIQUE)	
1016	Cuando la han maltratado, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión? SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	CENTRO DE SALUD..... A BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA B SLIMs C PTJ D FISCALIA E JUZGADO F ONG G AUTORIDADES COMUNITARIAS..... H OTRA _____ X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	1018
1017	El agresor(a), ¿recibió alguna sanción legal como multas, arrestos o trabajo comunitario, terapia psicológica? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y	1019
1018	¿Por qué no denunció a la persona que le hizo daño? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO SABE A DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C ME LO MERECA D MIEDO A LA SEPARACION..... E MIEDO A REPRESALIAS F PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR.. G NO CREE EN LA JUSTICIA H PIENSO QUE ME COBRARAN..... I RECIBI DINERO O PAGO EN ESPECIE..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1019	Alguna vez ha sido forzada por alguna persona diferente a su (PAREJA) a tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	1023

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																				
1020	<p>¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	PADRE..... A PADRASTRO..... B HERMANO..... C PRIMO..... D EXPAREJA..... E SUEGRO..... F TIO..... G CUÑADO..... H AMIGO..... I PROFESOR..... J EMPLEADOR..... K DESCONOCIDO..... L OTRO_____ X (ESPECIFIQUE) NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y																																																																					
1021	<p>Cuando la han forzado sexualmente, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión?</p> <p>SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido?</p> <p>MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA A SLIMs B PTJ C FISCALIA D JUZGADO E ONG F AUTORIDADES COMUNITARIAS..... G OTRA_____ X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	1023																																																																				
1022	<p>El agresor(a), ¿recibió alguna sanción como multas, arrestos, trabajo comunitario o terapia psicológica?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y																																																																					
1023	<p>¿Sabe Ud. si su padre golpeaba a su madre?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3																																																																					
1024	VERIFIQUE 216 AL MENOS UN HIJO VIVO SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/> NINGUN HIJO VIVO <input type="checkbox"/>		1028																																																																				
1025	<p>¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos en el hogar?</p> <p>MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	PADRE BIOLOGICO..... A MADRE BIOLOGICA..... B PADRASTRO C MADRASTRA D OTRO:_____ X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y	1028																																																																				
1026	SI 1025= A <input type="checkbox"/> SI 1025=B <input type="checkbox"/> SI 1025=C,D,X <input type="checkbox"/>																																																																						
1027	<div><div>A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos(as)?</div><div>B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)?</div><div>C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)?</div></div> <table><tr><td>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS</td><td>A</td><td>A.....</td><td>A</td></tr><tr><td>JALON DE OREJAS</td><td>B</td><td>B.....</td><td>B</td></tr><tr><td>GOLPES DE PUÑO O PIE</td><td>C</td><td>C.....</td><td>C</td></tr><tr><td>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO</td><td>D</td><td>D.....</td><td>D</td></tr><tr><td>GOLPES DE MANGUERA/ SOGA</td><td>E</td><td>E.....</td><td>E</td></tr><tr><td>GRITOS/ INSULTOS</td><td>F</td><td>F.....</td><td>F</td></tr><tr><td>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA</td><td>G</td><td>G.....</td><td>G</td></tr><tr><td>PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION</td><td>H</td><td>H.....</td><td>H</td></tr><tr><td>DEJANDOLOS ENCERRADOS</td><td>I</td><td>I.....</td><td>I</td></tr><tr><td>IGNORANDOLOS</td><td>J</td><td>J.....</td><td>J</td></tr><tr><td>PONIENDOLES MAS TRABAJO</td><td>K</td><td>K</td><td>K</td></tr><tr><td>DEJANDOLOS FUERA DE CASA</td><td>L</td><td>L</td><td>L</td></tr><tr><td>ECHANDOLES AGUA</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>QUITANDOLES LA ROPA.....</td><td>N</td><td>N.....</td><td>N</td></tr><tr><td>QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....</td><td>O</td><td>O.....</td><td>O</td></tr><tr><td>OTRA:_____ X</td><td>_____ X</td><td>_____ X</td><td>X</td></tr><tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr></table>			PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS	A	A.....	A	JALON DE OREJAS	B	B.....	B	GOLPES DE PUÑO O PIE	C	C.....	C	GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO	D	D.....	D	GOLPES DE MANGUERA/ SOGA	E	E.....	E	GRITOS/ INSULTOS	F	F.....	F	PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA	G	G.....	G	PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION	H	H.....	H	DEJANDOLOS ENCERRADOS	I	I.....	I	IGNORANDOLOS	J	J.....	J	PONIENDOLES MAS TRABAJO	K	K	K	DEJANDOLOS FUERA DE CASA	L	L	L	ECHANDOLES AGUA	M	M	M	QUITANDOLES LA ROPA.....	N	N.....	N	QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....	O	O.....	O	OTRA:_____ X	_____ X	_____ X	X	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	
PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS	A	A.....	A																																																																				
JALON DE OREJAS	B	B.....	B																																																																				
GOLPES DE PUÑO O PIE	C	C.....	C																																																																				
GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO	D	D.....	D																																																																				
GOLPES DE MANGUERA/ SOGA	E	E.....	E																																																																				
GRITOS/ INSULTOS	F	F.....	F																																																																				
PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA	G	G.....	G																																																																				
PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION	H	H.....	H																																																																				
DEJANDOLOS ENCERRADOS	I	I.....	I																																																																				
IGNORANDOLOS	J	J.....	J																																																																				
PONIENDOLES MAS TRABAJO	K	K	K																																																																				
DEJANDOLOS FUERA DE CASA	L	L	L																																																																				
ECHANDOLES AGUA	M	M	M																																																																				
QUITANDOLES LA ROPA.....	N	N.....	N																																																																				
QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....	O	O.....	O																																																																				
OTRA:_____ X	_____ X	_____ X	X																																																																				
(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)																																																																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
1028	<p>Generalmente, ¿en qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que se ha criado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> <p>INDAGUE: ¿De alguna otra forma?</p>	<p>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A</p> <p>JALON DE OREJAS B</p> <p>GOLPES DE PUÑO O PIE C</p> <p>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D</p> <p>GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E</p> <p>GRITOS/ INSULTOS F</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G</p> <p>PRIVANDOLE DE ALIMENTACION H</p> <p>DEJANDOLE ENCERRADA I</p> <p>IGNORANDOLA J</p> <p>PONIENDOLE MAS TRABAJO K</p> <p>DEJANDOLE FUERA DE CASA L</p> <p>ECHANDOLE AGUA M</p> <p>QUITANDOLE LA ROPA..... N</p> <p>QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO..... O</p> <p>OTRA X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LA CASTIGABAN..... Y</p>																					
1029	<p>En su opinión se justifica que el padre o la madre pegue a sus hijos (as):</p> <p>A ¿Cuando son desobedientes?</p> <p>B ¿Cuando hacen renegar?</p> <p>C ¿Cuando llegan tarde a la casa?</p> <p>D ¿Cuando no cumplen con las tareas familiares? (POR EJEMPLO: CUIDADO DE HERMANOS MENORES, HACER COMPRAS, CUIDADO DE ANIMALES, TRAER AGUA, ETC.)</p>	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>NO SABE</th></tr></thead><tbody><tr><td>DESOBEDIENTES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>HACEN RENEGAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>LLEGAN TARDE A CASA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>NO CUMPLEN</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		SI	NO	NO SABE	DESOBEDIENTES	1	2	8	HACEN RENEGAR	1	2	8	LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8	NO CUMPLEN	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																				
DESOBEDIENTES	1	2	8																				
HACEN RENEGAR	1	2	8																				
LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8																				
NO CUMPLEN	1	2	8																				
1030	<p>¿Cree Ud. que para educar a los hijos(as) es necesario el castigo físico?</p> <p>SI ES 'SI', PREGUNTE:</p> <p>¿Muy a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p>	<p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																					
1031	AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUELVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS DE ABAJO CON REFERENCIA A LA APLICACIÓN DEL MODULO DE VIOLENCIA DOMESTICA SOLAMENTE.																						
1032	USTED TUVO QUE INTERRUPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE LA PERSONA ACUSADA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRO EN EL CUARTO, O INTERRUPIO EN ALGUNA OTRA FORMA?	<table><thead><tr><th></th><th>SI UNA VEZ</th><th>SI,MAS DE UNA</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>MARIDO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>OTRO HOMBRE ADULTO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>MUJER ADULTA</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></tbody></table>		SI UNA VEZ	SI,MAS DE UNA	NO	MARIDO	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	MUJER ADULTA	1	2	3					
	SI UNA VEZ	SI,MAS DE UNA	NO																				
MARIDO	1	2	3																				
OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3																				
MUJER ADULTA	1	2	3																				
1033	HORA DE TERMINACION:	<div>HORA<div></div><div></div></div> <div>MINUTOS<div></div><div></div></div>																					

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE
APARECER UN CÓDIGO. LAS COLUMNAS 1 Y 2
DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

INFORMACIÓN A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: NACIMIENTO. EMBARAZO

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES

COL. 2: MATRIMONIO/UNIÓN

- X EN UNIÓN (CASADA O EN UNIÓN LIBRE)
- 0 NO EN UNIÓN

2003	12	DIC	<input type="text"/>	01	<input type="text"/>	DIC	2003
	11	NOV	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	03	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	05	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	06	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	07	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	08	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	09	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	ENE	
2002	12	DIC	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	DIC	2002
	11	NOV	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	17	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	18	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>	ENE	
2001	12	DIC	<input type="text"/>	25	<input type="text"/>	DIC	2001
	11	NOV	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	27	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	28	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	29	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	32	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	34	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	35	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>	ENE	
2000	12	DIC	<input type="text"/>	37	<input type="text"/>	DIC	2000
	11	NOV	<input type="text"/>	38	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	39	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	40	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	41	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	42	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	43	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	44	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	45	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	47	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	48	<input type="text"/>	ENE	
1999	12	DIC	<input type="text"/>	49	<input type="text"/>	DIC	1999
	11	NOV	<input type="text"/>	50	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	52	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	53	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	54	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	55	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	56	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	57	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	58	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	59	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	60	<input type="text"/>	ENE	
1998	12	DIC	<input type="text"/>	61	<input type="text"/>	DIC	1998
	11	NOV	<input type="text"/>	62	<input type="text"/>	NOV	
	10	OCT	<input type="text"/>	63	<input type="text"/>	OCT	
	09	SEP	<input type="text"/>	64	<input type="text"/>	SEP	
	08	AGO	<input type="text"/>	65	<input type="text"/>	AGO	
	07	JUL	<input type="text"/>	66	<input type="text"/>	JUL	
	06	JUN	<input type="text"/>	67	<input type="text"/>	JUN	
	05	MAY	<input type="text"/>	68	<input type="text"/>	MAY	
	04	ABR	<input type="text"/>	69	<input type="text"/>	ABR	
	03	MAR	<input type="text"/>	70	<input type="text"/>	MAR	
	02	FEB	<input type="text"/>	71	<input type="text"/>	FEB	
	01	ENE	<input type="text"/>	72	<input type="text"/>	ENE	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

[illegible]

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA[illegible]

Nombre de la Supervisora: _____

Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

Nombre de la Critica de Campo: _____

Fecha: _____

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y solo se utilizará con fines estadísticos

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... MINUTOS.....																
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud.. Antes de que usted cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital o, ciudad grande, en ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL O CIUDAD GRANDE..... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 EN UN PUEBLO..... 3 EN EL CAMPO..... 4 EN EL EXTRANJERO..... 5																
102A	¿Dónde nació: en éste lugar, en otro lugar del país, o en el exterior?	EN ESTE LUGAR..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTERIOR..... 3																
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en esta localidad (LUGAR DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... SIEMPRE..... 95 VISITANTE 96	 104B 104B															
103A	Entre 1999 y este año, ¿vivía en otro lugar?	SI 1 NO 2	104B															
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿dónde vivía habitualmente ? ANOTE TEXTUALMENTE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO SI ES EN EL EXTERIOR, ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS	LOCALIDAD MUNICIPIO DEPARTAMENTO..... EXTRANJERO (PAÍS)																
104A	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó ese lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO 01 TRASLADO DE TRABAJO 02 EDUCACIÓN 03 SALUD 04 RAZONES DE FAMILIA 05 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)																
104B	¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena / originario como quechua, aymara, guarani u otro?:	QUECHUA 1 AYMARA 2 GUARANI 3 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... 7																
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES NO SABE EL MES 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO 99 98																
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....																
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	111															
108	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó en primaria, secundaria, normal o universitaria?	<table><thead><tr><th></th><th>NIVEL</th><th>CURSO</th></tr></thead><tbody><tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>NORMAL.....</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td><td></td></tr></tbody></table>		NIVEL	CURSO	PRIMARIA	1		SECUNDARIA	2		NORMAL.....	3		UNIVERSITARIA	4		
	NIVEL	CURSO																
PRIMARIA	1																	
SECUNDARIA	2																	
NORMAL.....	3																	
UNIVERSITARIA	4																	
110	VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA OTRO NIVEL		114															
111	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA AL ENTREVISTADO SI ENTREVISTADO NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA)	115															
112	Ha participado usted alguna vez en un programa de alfabetismo o algún otro programa para aprender a leer o escribir?	SI..... 1 NO..... 2	115															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
114	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
115	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
116	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5	
117	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más: A ¿Levantar cosas pesada? B ¿Manejar bicicleta ? C ¿Caminar rápidamente? D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? E ¿Subir gradas o pendientes? F ¿Bailar? G ¿Levantar cosas livianas? H ¿Caminar a paso regular? I ¿Realizar trabajos físicos livianos? X ¿Alguna otra?	<div>SI NO</div> <div>LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 2</div> <div>MANEJAR BICICLETA..... 1 2</div> <div>CAMINAR RÁPIDAMENTE..... 1 2</div> <div>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES..... 1 2</div> <div>SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 2</div> <div>BAILAR..... 1 2</div> <div>LEVANTAR COSAS LIVIANAS..... 1 2</div> <div>CAMINAR A PASO REGULAR..... 1 2</div> <div>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS LIVIANOS..... 1 2</div> <div>OTRA..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
118	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas o deportivas por 10 minutos continuos o más?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	<div>→120</div> <div>→120</div>
119	Durante la última semana ¿diariamente cuánto tiempo realizó actividades físicas o deportivas?	10 A 30 MINUTOS 1 DE 31 MINUTOS A UNA HORA 2 MAS DE 1 HORA 3 NO ACTIVIDAD FISICA/DEPORTIVA 4	
120	¿Cuánto tiempo pasa sentado diariamente ? ANOTE EL NUMERO DE HORAS SI MENOS DE 10. CIRCULE EL CODIGO 10 SI 10 HORAS O MAS	NUMERO DE HORAS <div></div> <div></div> <div></div> <div>10 HORAS O MAS 10</div>	
121	¿Usted cree que realizar actividades físicas diariamente es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2	
122	A ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? B ¿Tiene miedos sin causa aparente ? C ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? D ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? E ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? F ¿Llora con facilidad? G ¿Se asusta con facilidad ? H ¿Se siente cansado todo el tiempo?	<div>SI NO</div> <div>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... 1 2</div> <div>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... 1 2</div> <div>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... 1 2</div> <div>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... 1 2</div> <div>INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... 1 2</div> <div>LLORA CON FACILIDAD..... 1 2</div> <div>ASUSTA CON FACILIDAD..... 1 2</div> <div>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... 1 2</div>	
123	¿Ha tenido convulsiones, ataques con mordedura de lengua y pérdida de conocimiento?	SI..... 1 NO..... 2	
124	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, que usted está bebiendo demasiado?	SI..... 1 NO..... 2 NO BEBE..... 3	<div>→126</div>
125	¿Ha tenido usted alguna vez dificultades en el trabajo o estudios, a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2	
126	¿Fuma con frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO FUMA..... 3	
127	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	
128	¿Oye voces que le hablan, y que otras personas no escuchan?	SI..... 1 NO..... 2	
129	¿Cree Usted que alguien puede manejar su mente sin que usted lo desee?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
130	¿Trabaja usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	133
131	¿Usted ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	133
132	¿Qué ha estado usted haciendo la mayor parte del tiempo durante los últimos 12 meses?	ES ESTUDIANTE 01 BUSCAR TRABAJO 02 RENTISTA 03 JUBILADO/PENSIONADO 04 INACTIVO 05 NO PUEDE TRABAJAR/INCAPACITADO 06 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)	201
133	¿Cuál es o fue su ocupación principal, es decir, qué clase de trabajo hace o hacía usted principalmente?	<div></div> <div></div> <div>(ANOTE TEXTUALMENTE)</div>	
134	VERIFIQUE 133 <div>TRABAJA EN AGRICULTURA</div> <div></div> <div>NO TRABAJA EN AGRICULTURA</div> <div></div>		135A
135	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	SU PROPIA TIERRA 1 TIERRA DE LA FAMILIA 2 TIERRA ARRENDADA 3 TIERRA DE OTRA PERSONA 4	
135A	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	CUENTA PROPIA 1 ALGUIEN DE LA FAMILIA 2 PARA OTRA PERSONA 3	
135B	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR TEMPORADAS/PARTE DEL AÑO 2 DE VEZ EN CUANDO 3	137
136	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó usted?	No. DE MESES <div></div>	
137	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SOLO DINERO 1 DINERO Y ESPECIE 2 ESPECIE SOLAMENTE 3 NO LE PAGAN 4	201 201
138	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA(BA) TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos sus hijos e hijas, si es que ha tenido. Estamos interesados solamente en hijos e hijas que usted ha engendrado, es decir , sus hijos propios. ¿Ha tenido usted algún hijo o hija propio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	206 206
202	De los hijos e hijas que usted tiene, ¿Hay alguno o alguna que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2	204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA..... HIJAS EN CASA.....	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está viva(o), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	206
205	Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	
206	¿Alguna vez tuvo una niña o un niño que nació vivo pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	208 208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	
208	(Además de esos hijos), tiene usted: A ¿Hijos o hijas suyos que no estén considerados como suyos legalmente? B ¿Hijos o hijas suyos que no lleven su apellido? C ¿Hijos o hijas suyos que usted no reconozca como suyos?	SI NO HIJOS O HIJAS NO CONSIDERADOS..... 1 2 HIJOS O HIJAS QUE NO LLEVAN SU APELLIDO.... 1 2 HIJOS O HIJAS NO RECONOCIDOS..... 1 2	
208A	VEA 208: NINGUN SI ALGUN SI	INDAGUE Y CORRIJA 201 A 207 SI ES NECESARIO	
209	SUME LAS RESPUESTAS DE PREGUNTAS 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL.....	
209A	VERIFIQUE 209: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL hijos nacidos vivos durante toda su vida?. ¿Es correcto? SI NO	INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO	
210	VERIFIQUE 209: HA TENIDO MAS DE UN HIJO HA TENIDO SOLO UN HIJO NO HA TENIDO HIJOS	213 301	
211	Los hijos que usted ha tenido, ¿Todos han sido con la misma mujer?	SI..... 1 NO..... 2	213
212	En total ¿Con cuántas mujeres usted ha tenido hijos?	TOTAL.....	
213	¿Cuantos años tenía usted cuando nació su primer hijo(a)?	EDAD EN AÑOS	

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.

301

¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar?

- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.

- PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:

¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)

- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.

01

ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)

Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.

SI.....1

NO.....2

02

ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)

Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.

SI.....1

NO.....2

03

PASTILLAS /PÍLDORAS (MÉTODOS ORALES)

Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.

SI.....1

NO.....2

04

DIU (DISPOSITIVO UNTRAUTERINO)

Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.

SI.....1

NO.....2

05

INYECCIONES (DEPO - PROVERA)

Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique u- una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.

SI.....1

NO.....2

06

NORPLANT (IMPLANTES)

Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.

SI.....1

NO.....2

07

CONDÓN (PRESERVATIVO)

Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene duran- te las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada

SI.....1

NO.....2

08

CONDÓN FEMENINO

Las mujeres pueden colocarse en su vagina una fundita de goma durante las relaciones sexuales.

SI.....1

NO.....2

09

MÉTODOS VAGINALES (TABLETA, ÓVULO, ESPUMA O JALEA)

La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.

SI.....1

NO.....2

10

MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)

Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.

SI.....1

NO.....2

11

RITMO, OVULACIÓN O ABSTINENCIA PERIÓDICA

Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada .

SI.....1

NO.....2

12

RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)

Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.

SI.....1

NO.....2

13

MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR)

SI.....1

NO.....2

14

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DIA SIGUIENTE)

Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.

SI.....1

NO.....2

15

OTRO MÉTODO

¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?

SI.....1

(ESPECIFIQUE)

(ESPECIFIQUE)

NO.....2

302

¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO) con alguna de sus parejas?

¿Ha tenido usted una pareja que se ha hecho operar para no tener (más) hijos?

SI.....1

NO.....2

¿Se ha hecho usted operar para no tener (más) hijos?

SI.....1

NO.....2

6

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
303	Ahora me gustaría preguntarle sobre el riesgo de embarazo que tiene la mujer. ¿Considera usted que entre una menstruación y otra hay días en que la mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 305 → 305
304	¿Esos días son justo antes de que comience la menstruación, justo después que termine la menstruación o a la mitad entre una menstruación y otra?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACION 1 DURANTE LA MENSTRUACION 2 JUSTO DESPUES QUE TERMINA LA MENSTRUACION 3 A LA MITAD ENTRE UNA MENSTRUACION Y OTRA 4 OTRA 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
305	En su opinión, la siguiente frase es correcta o incorrecta: Durante los primeros meses después de tener un hijo, una mujer que está dando el pecho no puede quedar embarazada aunque le haya regresado la menstruación.	CORRECTA 1 INCORRECTA..... 2 NO SABE 8	

SECCIÓN 4. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
400	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO	<div>SI NO</div> <div>NIÑOS(AS) MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2</div> <div>ESPOSA/COMPAÑERA..... 1 2</div> <div>OTROS HOMBRES..... 1 2</div> <div>OTRAS MUJERES..... 1 2</div>	
401	¿Actualmente, está usted casado o vive en unión con una mujer?	<div>SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 ➡</div> <div>SI, VIVIENDO CON UNA MUJER..... 2 ➡</div> <div>NO, NO EN UNIÓN..... 3</div>	<div>405</div> <div>405</div>
402	¿Ha estado usted casado o unido alguna vez aunque haya sido por poco tiempo?	<div>SI, ESTUVO CASADO..... 1 ➡</div> <div>SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 ➡</div> <div>NO..... 3 ➡</div>	<div>406</div> <div>406</div> <div>406</div>
405	Aparte de la mujer que ha mencionado, ¿Actualmente, tiene usted alguna otra pareja sexual regular, ocasional, o no tiene otra pareja sexual?	<div>OTRA PAREJA REGULAR 1 ➡</div> <div>OTRA PAREJA OCASIONAL 2 ➡</div> <div>OTRAS PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES..... 3 ➡</div> <div>NO TIENE OTRA PAREJA 4 ➡</div>	<div>408A</div> <div>408A</div> <div>408A</div> <div>408A</div>
406	¿Actualmente, tiene usted pareja sexual regular, ocasional, o no tiene pareja sexual?	<div>SOLO PAREJA REGULAR 1</div> <div>SOLO PAREJA OCASIONAL .. 2</div> <div>PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES 3</div> <div>NO TIENE PAREJA 4</div>	
408	¿Cuál es su estado civil actual: viudo, separado o divorciado, soltero ?	<div>VIUDO..... 1]</div> <div>SEPARADO..... 2]</div> <div>DIVORCIADO..... 3]</div> <div>SOLTERO 4 ➡</div>	<div>411</div> <div>416</div>
408A	¿Su esposa/compañera vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	<div>VIVE CON EL..... 1</div> <div>VIVE EN OTRA PARTE..... 2 ➡</div>	<div>411</div>
409	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ESPOSA/ COMPAÑERA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADA EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	<div>NOMBRE: _____</div> <div>No. ORDEN..... <div></div><div></div></div>	
411	¿Ha estado usted casado o en unión libre con una mujer, sólo una vez o más de una vez?	<div>UNA VEZ..... 1 ➡</div> <div>MÁS DE UNA VEZ..... 2</div>	<div>414</div>
412	En total, ¿con cuantas mujeres ha estado usted casado o en unión libre en toda su vida?	<div>NUMERO DE MUJERES <div></div><div></div></div>	
414	<div>VERIFIQUE 411:</div> <div><div>CASADO / UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ: <div></div></div><div>CASADO / UNIDO MÁS DE UNA VEZ: <div></div></div></div> <div>↓</div> <div>¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposa/compañera?</div> <div>↓</div> <div>En qué mes y año empezó a vivir con su primera esposa/ o compañera?</div>	<div>MES..... <div></div><div></div></div> <div>NO SABE EL MES..... 98</div> <div>AÑO..... <div></div><div></div><div></div><div></div> ➡</div> <div>NO SABE EL AÑO..... 9998</div>	<div>416</div>
415	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con ella?	<div>EDAD..... <div></div><div></div></div>	
416	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	<div>NUNCA HA TENIDO00 ➡</div> <div>EDAD EN AÑOS <div></div><div></div></div> <div>CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95</div>	<div>448</div>
416A	VERIFIQUE EDAD EN 106: 15-24 AÑOS <div></div> <div>↓</div>	<div>25-64 AÑOS <div></div> _____ ➡</div>	<div>417</div>
416B	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div>	
417	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR EL ENTREVISTADO, PERO SI LA RESPUESTA EQUIVALE A 12 MESES O MÁS, ANOTE EN "AÑOS"	<div>DÍAS..... 1 <div></div><div></div></div> <div>SEMANAS..... 2 <div></div><div></div></div> <div>MESES..... 3 <div></div><div></div></div> <div>AÑOS..... 4 <div></div><div></div> ➡</div>	<div>445</div>
418	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2 ➡</div>	<div>420</div>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
424	<p>¿Con quién tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI LA PERSONA ES 'NOVIA/PROMETIDA', PREGUNTE:</p> <p>¿Vivía ella con usted cuando tuvo su última relación sexual?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI', CIRCULE '01'</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'NO', CIRCULE '02'</p>	<p>ESPOSA/COMPAÑERA 01</p> <p>EX-ESPOSA/EXCOMPAÑERA 02</p> <p>NOVIA/PROMETIDA..... 03</p> <p>AMIGA..... 04</p> <p>CONOCIDA CASUAL..... 05</p> <p>PARIENTE..... 06</p> <p>TRABAJADORA SEXUAL..... 07</p> <p>OTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	426
425	<p>¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR EL ENTREVISTADO</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>SEMANAS..... 2</p> <p>MESES..... 3</p> <p>AÑOS..... 4</p>	
426	<p>Durante los últimos 12 meses</p> <p>¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	445
444	<p>En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?</p>	<p>NÚMERO DE PAREJAS </p>	
445	<p>¿Ha pagado usted alguna vez para tener relaciones sexuales?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	448
446	<p>¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que pagó por tener relaciones sexuales?</p>	<p>DÍAS..... 1</p> <p>SEMANAS..... 2</p> <p>MESES..... 3</p> <p>AÑOS..... 4</p>	
447	<p>La última vez que pagó por tener relaciones sexuales.</p> <p>¿usaron condon?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
448	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	451
449	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PUBLICO O PRIVADO</p> <p>_____</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>HOSPITAL PUBLICO..... A</p> <p>HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... C</p> <p>CLINICA PRIVADA..... D</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... E</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA. F</p> <p>POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO G</p> <p>CAJAS DE SEGURO..... H</p> <p>PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... I</p> <p>MEDICINA TRADICIONAL NATURISTA/JAMPIRI/ QOLLIRI)..... J</p> <p>FARMACIA..... K</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... L</p> <p>OTRO LUGAR X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	
450	<p>Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/INSEGURA 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG																												
451	<div>VERIQUE EL USO DE CONDONES EN 302(07), 416B, 418 Y 447:</div> <div><div>POR LO MENOS UN 'SI'</div><div><input type="checkbox"/></div><div>↓</div></div> <div>OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/></div>	<div>→ 501</div>																													
452	¿Cuántos años tenía usted cuando usó un condón por primera vez?	<div>EDAD AL PRIMER USO<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>NO RECUERDA 98</div>																													
453	¿Por qué usó condón esa primera vez? INDAGUE: ¿Alguna otra razón?	<div>PARA EVITAR UN EMBARAZO A</div> <div>PARA EVITAR CONTAGIO DE VIH/SIDA..... B</div> <div>PARA EVITAR CONTAGIARSE DE ITS C</div> <div>PARA EVITAR INFECTAR A LA PAREJA D</div> <div>PARA EXPERIMENTAR/ENSAYAR CONDON. E</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>																													
454	¿Ha tenido problemas con el uso del condón?	<div>DIFICULTAD PARA DESHACERSE DE EL A</div> <div>DIFICULTAD PARA PONERSELO/QUITARSELO..... B</div> <div>DISMINUYE EL PLACER C</div> <div>COMPANERA/ESPOSA CUESTIONA/NO GUSTA D</div> <div>COMPANERA/ESPOSA QUEDO EMBARAZADA E</div> <div>INCONVENIENTE PARA USAR F</div> <div>SE ROMPIO G</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NINGUN PROBLEMA Z</div>																													
456	<div>Dígame con cuáles de las siguientes afirmaciones usted está de acuerdo o en desacuerdo</div> <div>A El condón disminuye el placer sexual del hombre</div> <div>B El condón es muy complicado de usar</div> <div>C El condón puede usarse varias veces</div> <div>D El condón protege contra las enfermedades</div> <div>E Comprar condones es vergonzoso</div> <div>F Una mujer tiene derecho a pedirle a un hombre que use condón</div>	<table><tr><th></th><th>DE ACUER- DO</th><th>EN DE- DESA- CUERDO</th><th>NO SABE</th></tr><tr><td>El condón disminuye.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>El condón es muy complicado...</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Puede usarse varias veces 1</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Protege contra enfermedades..... 1</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Embarazoso comprar 1</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>La mujer tiene derecho 1</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>		DE ACUER- DO	EN DE- DESA- CUERDO	NO SABE	El condón disminuye.	1	2	8	El condón es muy complicado...	1	2	8	Puede usarse varias veces 1	1	2	8	Protege contra enfermedades..... 1	1	2	8	Embarazoso comprar 1	1	2	8	La mujer tiene derecho 1	1	2	8	
	DE ACUER- DO	EN DE- DESA- CUERDO	NO SABE																												
El condón disminuye.	1	2	8																												
El condón es muy complicado...	1	2	8																												
Puede usarse varias veces 1	1	2	8																												
Protege contra enfermedades..... 1	1	2	8																												
Embarazoso comprar 1	1	2	8																												
La mujer tiene derecho 1	1	2	8																												

SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	<div>VERIFIQUE SI TIENE O NO PAREJA EN 401 Y 406:</div> <div>CASADO O UNIDO: CON PAREJA</div> <div>401= 1 Ó 2 406= 1, 2, Ó 3</div> <div></div>	<div>OTROS CÓDIGOS</div> <div></div>	505
502	¿Está su mujer/pareja actualmente embarazada?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>INSEGURO..... 3</div> <div>NO SABE..... 8</div>	
503	<div>MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y PREGUNTE</div> <div>ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) NO EMBARAZADA/INSEGURA</div> <div>ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) EMBARAZADA</div> <div>Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)?</div> <div>Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Después del bebé que su esposa/compañera(pareja principal) está esperando ahora, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</div>	<div>TENER UN (OTRO) HIJO 1</div> <div>NO MAS / NINGUNO 2</div> <div>MUJER(ES) NO PUEDE(N) QUEDAR EMBARAZADA(S) 3</div> <div>EL NO PUEDE TENER MAS HIJOS 4</div> <div>INDECISO(S) / NO SABE 8</div>	505 505 505 505
504	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta el nacimiento de un (otro) hijo?	<div>MESES 1</div> <div>AÑOS 2</div> <div>PRONTO / AHORA 993</div> <div>DESPUES DEL MATRIMONIO / UNION 995</div> <div>OTRA 996</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE 998</div>	
505	<div>VERIFIQUE 203 Y 205:</div> <div>TIENE HIJOS VIVOS</div> <div>NO TIENE HIJOS VIVOS</div> <div>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMERICA</div>	<div>NINGUNO 00</div> <div>NÚMERO</div> <div>OTRA RESPUESTA# 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	507 507
506	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	<div>HOMBRE MUJER CUALQUIERA</div> <div>NÚMERO</div> <div>OTRA 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
507	¿Usted diría que está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar embarazos?	DE ACUERDO 1 DESACUERDO 2 NO SABE/INSEGURO 8	
508	Durante los últimos meses, A ¿usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? B ¿usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? C ¿usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	<div>SI NO</div> <div>RADIO 1 2</div> <div>TELEVISIÓN 1 2</div> <div>PERIÓDICOS / REVISTAS 1 2</div>	
510	¿En los últimos meses, ha hablado sobre planificación familiar con amigos, vecinos o parientes?	SI..... 1 NO..... 2	512
511	¿Con quién ha hablado? INDAGUE ¿Alguien más? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPOSA / PAREJA A MADRE B PADRE C HERMANA(S) D HERMANO(S) E HIJA F HIJO G SUEGRA H SUEGRO I AMIGOS / VECINOS J OTROS X (ESPECIFIQUE)	
512	¿En los últimos meses usted ha hablado con algún trabajador de la salud o profesional de la salud sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 6. PARTICIPACIÓN EL EL CUIDADO DE LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
601	VERIFIQUE 209: <div>TIENE UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/></div> <div>NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/></div>		617
602	¿Cuál es el nombre y el sexo de su último hijo o hija? <div>(NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)</div>	HOMBRE 1 MUJER..... 2	
603	En qué mes y año nació (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)?	MES AÑO	
604	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	606 606
605	¿Qué edad tenía (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA) cuando él/ella murió? SI '1 AÑO', INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE 'DIAS' SI MENOS DE 1 MES; 'MESES' SI MENOS DE 2 AÑOS; O 'AÑOS' SI DOS AÑOS O MAS	DIAS 1 MESES 2 AÑOS 3 NO SABE 998	
606	¿Cuál es el nombre de la madre de (NOMBRE DEL NINO)? ANOTE EL NOMBRE DE LA MADRE DEL NINO Y EL NUMERO DE ORDEN COMO SE INDICA EN LA PREGUNTA 409. SI LA MADRE NO ES MIEMBRO DEL HOGAR ANOTE '00' EN EL NUMERO DE ORDEN	NOMBRE DE LA MADRE DEL NINO: NUMERO DE ORDE 	
607	VERIFIQUE 603: <div>(ULTIMO) HIJO NACIÓ EN ENERO DE 1998 O DESPUES <input type="checkbox"/></div> <div>(ULTIMO) HIJO NACIÓ ANTES DE ENERO 1998 <input type="checkbox"/></div>		617
608	VERIFIQUE 606: <div>MADRE DEL (ULTIMO) HIJO NO VIVE EN EL HOGAR (CODIGO '00') <input type="checkbox"/></div> <div>MADRE DEL (ULTIMO) HIJO VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/></div>		613
609	¿Cuál es su relación con (NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A))?	ACTUALMENTE CASADOS/UNIDOS01 ERAN CASADOS/UNIDOS (EX-ESPOSA/COMPAÑERA)02 ACTUALMENTE VIVEN JUNTOS 03 VIVIAN JUNTOS 04 PAREJA SEXUAL REGULAR 05 ELLA ES MI NOVIA / PROMETIDA 06 PAREJA SEXUAL OCASIONAL 07 AMIGA / CONOCIDA 08 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
613	¿En algún momento mientras (NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO) estaba embarazada de (NOMBRE DEL NIÑO), habló usted con algún profesional de la salud sobre la salud de la madre o del embarazo?	SI 1 NO 2	

SECCIÓN 7. SIDA Y ITS (INFECCION DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	724
702	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA, o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	709
703	¿Qué puede hacer una persona? ¿Algo más? ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS	NO TENER RELACIONES A USAR CONDONES B TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA C DISMINUIR EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES D NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS E NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MAS DE UNA PAREJA F NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES..... G NO TENER SEXO CON PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS H EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITANDO INYECCIONES J NO BESARSE K NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA L EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO M NO COMPARTIENDO NAVAJAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR O TENER BUENA DIETA P OTRO (ESPECIFIQUE) W OTRO (ESPECIFIQUE) X NO SABE Z	
704	¿Pueden las personas evitar contagiarse del virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que no tengan otras parejas sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
705	Puede contraerse el SIDA por la picadura de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
706	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
707	Puede contraerse el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
708	¿Pueden las personas protegerse de virus del SIDA absteniéndose/dejando de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
709	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
710	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
711	¿Puede ser transmitido el SIDA de la madre infectada al hijo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	713 713
712	En qué momento puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo: A ¿durante el embarazo? B ¿durante el parto? C ¿mientras está lactando o amamantando?	<div>SI NO SABA</div> <div>DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE EL PARTO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
712A	¿Hay medicamentos que una persona infectada con el virus del SIDA puede tomar para evitar el avance del Sida?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
713	VERIFIQUE EN 401 SI ACTUALMENTE CASADA O UNIDO: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/> NO CASADO NI UNIDO <input type="checkbox"/>		715
714	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposa (compañera) sobre las formas de evitar contagiarse de virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
715	En su opinión ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que se de información sobre SIDA en: A la radio? B la televisión? C el periódico?	DE ACUER- DO EN DESA- CUERDO EN LA RADIO..... 1 2 EN LA TV..... 1 2 EN PERIODICO..... 1 2	
715A	¿Compraría usted vegetales/verduras de alguien que estuviese infectado con el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
716	Si un pariente suyo quedara infectado con el virus que causa el SIDA, ¿esta información debería saberla toda la comunidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
717	Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
718	Una persona que tenga el virus del SIDA y que trabaje con otras personas, por ejemplo en una tienda, una oficina o en el campo ¿Se le puede permitir seguir trabajando o no?	PUEDE SEGUIR 1 NO DEBE SEGUIR..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8	
718A	¿Si un(a) profesor(a) tuviese el el virus del SIDA, se le puede permitir seguir enseñando en la escuela?	PUEDE SEGUIR ENSENANDO EN LA ESCUELA... 1 NO DEBE SEGUIR ENSENANDO EN LA ESCUELA 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
719	¿Se le debe hablar a los niños entre 12-14 años de edad sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
720	No quiero conocer los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	721
720A	¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?	MENOS DE 12 MESES 1 12-23 MESES 2 2 AÑOS O MAS 3	
720B	La última vez que se hizo la prueba, ¿usted la solicitó, le fue ofrecida y aceptó, o lo obligaron a hacersela?	PIDIO LA PRUEBA 1 SE LA OFRECIERON Y ACEPTO 2 FUE OBLIGADO 3	
720C	No quiero conocer los resultados, pero ¿le dieron los resultados de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2	723A 723A
721	¿Le gustaría que le hicieran la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA 8	
722	¿Sabe de algún lugar donde pueda ir a hacerse la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	724
723	¿Cuál es ese lugar?	HOSPITAL PUBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP ONG O IGLESIA..... 13 CLINICA PRIVADA..... 14 CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA. 16 POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO CAJAS DE SEGURO..... 17 DISPENSARIO PUBLICO 18 LABORATORIO PRIVADO 19 FUNDACION / PATRONATO 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
723A	¿A qué lugar fue usted a hacerse la prueba del SIDA?		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
724	(Aparte del SIDA) ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	727																																				
725	<p>¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que un hombre tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <table border="0"> <tr> <td>DOLOR ABDOMINAL</td><td>A</td> <td>SANGRE EN LA ORINA.....</td><td>J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES.....</td><td>B</td> <td>PÉRDIDA DE PESO.....</td><td>K</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE.....</td><td>C</td> <td>IMPOTENCIA.....</td><td>L</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR</td><td>D</td> <td>OTRO:</td><td>W</td> </tr> <tr> <td>ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....</td><td>E</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA</td><td>F</td> <td>OTRO:</td><td>X</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES</td><td>G</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES</td><td>H</td> <td>NO HAY SÍNTOMAS</td><td>Y</td> </tr> <tr> <td>DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....</td><td>I</td> <td>NO SABE.....</td><td>Z</td> </tr> </table> <p>INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?</p>	DOLOR ABDOMINAL	A	SANGRE EN LA ORINA.....	J	SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES.....	B	PÉRDIDA DE PESO.....	K	SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	IMPOTENCIA.....	L	MOLESTIAS AL ORINAR	D	OTRO:	W	ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....	E	(ESPECIFIQUE)		ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA	F	OTRO:	X	ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES	G	(ESPECIFIQUE)		VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES	H	NO HAY SÍNTOMAS	Y	DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....	I	NO SABE.....	Z		
DOLOR ABDOMINAL	A	SANGRE EN LA ORINA.....	J																																				
SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES.....	B	PÉRDIDA DE PESO.....	K																																				
SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	IMPOTENCIA.....	L																																				
MOLESTIAS AL ORINAR	D	OTRO:	W																																				
ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....	E	(ESPECIFIQUE)																																					
ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA	F	OTRO:	X																																				
ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES	G	(ESPECIFIQUE)																																					
VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES	H	NO HAY SÍNTOMAS	Y																																				
DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....	I	NO SABE.....	Z																																				
726	<p>¿Cuáles síntomas la llevarían a usted a pensar que una mujer tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> <table border="0"> <tr> <td>DOLOR ABDOMINAL</td><td>A</td> <td>SANGRE EN LA ORINA.....</td><td>J</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN GENITAL</td><td>B</td> <td>PÉRDIDA DE PESO.....</td><td>K</td> </tr> <tr> <td>SECRECIÓN MAL OLIENTE.....</td><td>C</td> <td>INCAPACIDAD DE DAR A LUZ.....</td><td>L</td> </tr> <tr> <td>MOLESTIAS AL ORINAR</td><td>D</td> <td>OTRO:</td><td>W</td> </tr> <tr> <td>ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....</td><td>E</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA</td><td>F</td> <td>OTRO:</td><td>X</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES</td><td>G</td> <td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td> </tr> <tr> <td>VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES</td><td>H</td> <td>NO HAY SÍNTOMAS</td><td>Y</td> </tr> <tr> <td>DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....</td><td>I</td> <td>NO SABE.....</td><td>Z</td> </tr> </table> <p>INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?</p>	DOLOR ABDOMINAL	A	SANGRE EN LA ORINA.....	J	SECRECIÓN GENITAL	B	PÉRDIDA DE PESO.....	K	SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	INCAPACIDAD DE DAR A LUZ.....	L	MOLESTIAS AL ORINAR	D	OTRO:	W	ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....	E	(ESPECIFIQUE)		ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA	F	OTRO:	X	ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES	G	(ESPECIFIQUE)		VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES	H	NO HAY SÍNTOMAS	Y	DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....	I	NO SABE.....	Z		
DOLOR ABDOMINAL	A	SANGRE EN LA ORINA.....	J																																				
SECRECIÓN GENITAL	B	PÉRDIDA DE PESO.....	K																																				
SECRECIÓN MAL OLIENTE.....	C	INCAPACIDAD DE DAR A LUZ.....	L																																				
MOLESTIAS AL ORINAR	D	OTRO:	W																																				
ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL.....	E	(ESPECIFIQUE)																																					
ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA	F	OTRO:	X																																				
ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES	G	(ESPECIFIQUE)																																					
VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES	H	NO HAY SÍNTOMAS	Y																																				
DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES.....	I	NO SABE.....	Z																																				
727	<p>VERIFIQUE 416 SI TUVO RELACIONES SEXUALES:</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		737																																				
727A	<p>VERIFIQUE EN 724 SI HA OÍDO HABLAR DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL:</p> <p>HA OÍDO DE ITS <input type="checkbox"/> NO HA OÍDO <input type="checkbox"/></p>		729																																				
728	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido (padecido) usted alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8																																					
729	Algunas veces los hombres tienen secreciones o goteo por su pene. Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna secreción o goteo por su pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8																																					
730	Algunas veces los hombres presentan llagas o úlceras en su pene o en las áreas cercanas. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlcera en su pene o área cercana?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8																																					
731	<p>VERIFIQUE 728, 729, 730:</p> <p>HA TENIDO ALGUNA INFECCION <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCION <input type="checkbox"/></p>		737																																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
732	La última vez que usted tuvo (INFECCION DE LA 728/729/730. ¿Buscó usted consejo o tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2	734
733	La última vez que usted tuvo (INFECCION DE LA 728/729/730) Hizo usted algo de lo siguiente: A ¿Buscó usted consejo de un trabajador de la salud en una clínica u hospital? B ¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional? C ¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda? D ¿Pidió usted consejo a algún amigo/pariente?	SI NO TRABAJADOR DE LA SALUD..... 1 2 CURANDERO..... 1 2 FARMACIA / TIENDA..... 1 2 AMIGO / PARIENTE 1 2	
734	Cuando usted tuvo (INFECCION DE LA 728/729/730), ¿Informó usted a la(s) persona(s) con quien había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 ALGUNOS / NO A TODOS..... 3 NO TIENE/TENIA PAREJA..... 4	737
735	Cuando usted tuvo (INFECCION DE LA 728/729/730), ¿Usted hizo algo para evitar contagiar a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 COMPAÑERA INFECTADA 3	737
736	Hizo usted algo de lo siguiente para evitar contagiar a su pareja: A ¿Dejó de tener relaciones sexuales? B ¿Usó condones al tener relaciones sexuales? C ¿Tomó medicamentos?	SI NO NO RELACIONES SEXUALES..... 1 2 USO CONDONES 1 2 TOMO MEDICAMENTO 1 2	
736A	Si usted tuviera una enfermedad venérea, ¿considera que tendría un mayor riesgo de infectarse con el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
737	¿Cree que los riesgos de usted para contraer el SIDA son pequeños, moderados, grandes o que no tiene riesgos?	NO HAY RIESGO 1 RIESGO PEQUEÑO..... 2 RIESGO MODERADO..... 3 RIESGO GRANDE..... 4	739
738	¿Por qué cree que (no tiene riesgo/tiene riesgo pequeño) de contraer el SIDA?	SE ABSTIENE DE RELACIONES..... 01 USA CONDONES CUENDO TIENE RELACIONES. 02 ES MONOGAMO (SOLO UNA PAREJA)..... 03 PAREJA NO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... 04 NO HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE... 05 NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	800
739	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son (moderados/altos)? REGISTRE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	NO USA CONDONES A EL TIENE VARIAS PAREJAS B ESPOSA TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... C HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... D LE HAN APLICADO INYECCIONES..... E ESPOSA/COMPAÑERA TIENE VARIAS PAREJAS. F OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	

SECCIÓN 8. VIOLENCIA AL HOMBRE			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
800	<div>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</div> <div><div>PRESENCIA DE OTROS:</div><div><div>SI</div><div>NO</div></div><div>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2</div><div>ESPOSO/COMPAÑERO..... 1 2</div><div>OTROS HOMBRES..... 1 2</div><div>OTRAS MUJERES..... 1 2</div></div> <div><div>PRIVACIDAD OBTENIDA</div><div><div></div><div></div></div></div>		
801	<div>LEA AL ENTREVISTADO</div> <div>Yo se que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las mujeres en Bolivia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.</div>		
802	<div>VERIFIQUE PREGUNTA 401 Y 402 ESTADO CONYUGAL DEL ENTREVISTADO</div> <div>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposa o conviviente, su novia o enamorada</div> <div><div>ESPOSA/CONVIVIENTE</div><div>NOVIA O ENAMORADA</div><div><div></div><div></div></div><div>NUNCA EN PAREJA <div></div></div></div>		828
803	<div>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, sólo algunas veces o nunca.</div> <div><div>A</div><div>¿Su (PAREJA) le ha acusado de serle infiel?</div></div> <div><div>B</div><div>¿Su (PAREJA) trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia?</div></div> <div><div>C</div><div>¿Su (PAREJA) se expresa en términos como "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres un bruto" "mi mamá me hacía mejor las cosas"?</div></div>	<div><div>SI, A MENUDO</div><div>SI, ALGUNAS VECES</div><div>NO, NUNCA</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div>	
803A	<div>VERIFIQUE 803:</div> <div><div>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2</div><div><div></div><div></div></div><div>TODOS CODIGO 3 <div></div></div></div>		805
804	<div>Estas situaciones se han presentado ¿a solas o en presencia de otras personas?</div>	<div>A SOLAS..... 1</div> <div>EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS..... 2</div> <div>AMBAS..... 3</div>	
805	<div>Por favor dígame si las situaciones que le voy a leer enseguida se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, sólo algunas veces o nunca:</div> <div><div>A</div><div>¿Lo ha empujado o jaloneado, a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>B</div><div>¿Lo ha golpeado con la mano o con el pie a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>C</div><div>¿Lo ha golpeado con un objeto duro a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>E</div><div>Lo ha tratado de estrangularle o quemarle a menudo, algunas veces o nunca?</div></div> <div><div>F</div><div>¿Lo ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería a menudo, algunas veces o nunca?</div></div>	<div><div>SI, A MENUDO</div><div>SI, ALGUNAS VECES</div><div>NO, NUNCA</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div>	
806	<div>VERIFIQUE 805</div> <div><div>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2</div><div><div></div><div></div></div><div>TODOS CODIGO 3 <div></div></div></div>		811
807	<div>Como resultado de estas agresiones:</div> <div><div>A</div><div>¿Tuvo miedo o temores constantes a la reacción de su pareja?</div></div> <div><div>B</div><div>¿Tuvo moretones y dolores en el cuerpo?</div></div> <div><div>C</div><div>¿Tuvo alguna herida o hueso quebrado?</div></div> <div><div>D</div><div>¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</div></div> <div><div>E</div><div>¿Faltó a su trabajo?</div></div>	<div><div>SI</div><div>NO</div><div>NR</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>8</div></div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
808	VERIFIQUE 807: <div>AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/></div>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	813
808A	Cuando fue agredido por su pareja, generalmente ésta: ¿Había consumido alcohol? ¿Había consumido droga?	<div>SI NO NS</div> <div>ALCOHOL..... 1 2 8</div> <div>DROGA..... 1 2 8</div>	
809	¿Fue usted al médico o a un establecimiento de salud como resultado de lo que su (PAREJA) le hizo?	SI..... 1 NO..... 2	811
810	Cuando fue usted al médico o al Establecimiento de Salud ¿usted recibió información sobre las formas para buscar protección y para denunciar ese hecho?	SI..... 1 NO..... 2	
811	Alguna persona diferente a su (PAREJA) ¿Lo ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a usted físicamente?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	813 813
812	¿Quiénes fueron estas personas? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
813	VERIFIQUE: 803 Y 805 <div>AL MENOS UN CODIGO 1 O 2 <input type="checkbox"/></div>	TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/>	819
814	Cuando lo han maltratado, ¿ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	816
815	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	PARIENTES HOMBRES..... A PARIENTES MUJERES..... B NO PARIENTES HOMBRES..... C NO PARIENTES MUJERES..... D VECINOS/AMIGOS..... E OTRAS PERSONAS..... X (ESPECIFIQUE)	
816	Cuando lo han maltratado, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión? SI LA RESPUESTA ES "SI", PREGUNTE: ¿A cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más?	CENTRO DE SALUD..... A BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA B SLIMs C PTJ D FISCALIA E JUZGADO F ONG G AUTORIDADES COMUNITARIAS..... H OTRA..... X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... Y	818
817	El agresor(a), ¿recibió alguna sanción legal como multas, arrestos o trabajo comunitario, terapia psicológica?	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y	819
818	¿Por qué no denunció a la persona que le hizo daño? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	NO SABE A DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C ME LO MERECEIA D MIEDO A LA SEPARACION..... E MIEDO A REPRESALIAS F PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR.. G NO CREE EN LA JUSTICIA H PIENSO QUE ME COBRARAN..... I RECIBI DINERO O PAGO EN ESPECIE..... J OTRO X (ESPECIFIQUE)	
819	Alguna vez ha sido forzado por alguna persona diferente a su (PAREJA) a tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	823

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
-------	---------------------	----------------------	--------

820	<p>¿Quién lo forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS:</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	<p>PADRE..... A</p> <p>PADRASTRO..... B</p> <p>HERMANO..... C</p> <p>PRIMO..... D</p> <p>EXPAREJA..... E</p> <p>SUEGRO..... F</p> <p>TIO..... G</p> <p>CUÑADO..... H</p> <p>AMIGO..... I</p> <p>PROFESOR..... J</p> <p>EMPLEADOR..... K</p> <p>DESCONOCIDO..... L</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y</p>																																																																						
821	<p>Cuando lo han forzado sexualmente, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES "SI", PREGUNTE: ¿a cuál institución ha acudido?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	<p>BRIGADA DE PROTECCION A LA FAMILIA A</p> <p>SLIMs B</p> <p>PTJ C</p> <p>FISCALIA D</p> <p>JUZGADO E</p> <p>ONG F</p> <p>AUTORIDADES COMUNITARIAS..... G</p> <p>OTRA..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO DENUNCIO..... Y → 823</p>																																																																						
822	<p>El agresor(a), ¿recibió alguna sanción como multas, arrestos, trabajo comunitario o terapia psicológica?</p>	<p>MULTAS..... A</p> <p>ARRESTO..... B</p> <p>TRABAJO COMUNITARIO..... C</p> <p>TERAPIA PSICOLOGICA..... D</p> <p>NINGUNA..... Y</p>																																																																						
823	<p>¿Sabe Ud. si su padre golpeaba a su madre?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>																																																																						
824	<p>VERIFIQUE 615</p> <p>SI 615=1 <input type="checkbox"/> SI 615=2; O SI NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>ULTIMO HIJO(A) VIVE CON EL</p>		828																																																																					
825	<p>¿Quién castiga (castigaba) a su hijo(a) en el hogar?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p>	<p>MADRE BIOLOGICA..... A</p> <p>PADRE BIOLOGICO..... B</p> <p>MADRASTRA C</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE/NO LO CASTIGAN..... Y → 828</p>																																																																						
826	<p>SI 825= A <input type="checkbox"/> SI 825=B <input type="checkbox"/> SI 825=C,X <input type="checkbox"/></p>																																																																							
827	<p>A. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos(as)?</p> <p>B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)?</p> <p>C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)?</p> <table><tr><td>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>JALON DE OREJAS</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr><tr><td>GOLPES DE PUÑO O PIE</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td></tr><tr><td>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td></tr><tr><td>GOLPES DE MANGUERA/ SOGA</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td></tr><tr><td>GRITOS/ INSULTOS</td><td>F</td><td>F</td><td>F</td></tr><tr><td>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA</td><td>G</td><td>G</td><td>G</td></tr><tr><td>PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION</td><td>H</td><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>DEJANDOLOS ENCERRADOS</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td></tr><tr><td>IGNORANDOLOS</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td>PONIENDOLES MAS TRABAJO</td><td>K</td><td>K</td><td>K</td></tr><tr><td>DEJANDOLOS FUERA DE CASA</td><td>L</td><td>L</td><td>L</td></tr><tr><td>ECHANDOLES AGUA</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>QUITANDOLES LA ROPA.....</td><td>N</td><td>N</td><td>N</td></tr><tr><td>QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....</td><td>O</td><td>O</td><td>O</td></tr><tr><td>OTRA:..... X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr></table>			PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS	A	A	A	JALON DE OREJAS	B	B	B	GOLPES DE PUÑO O PIE	C	C	C	GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO	D	D	D	GOLPES DE MANGUERA/ SOGA	E	E	E	GRITOS/ INSULTOS	F	F	F	PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA	G	G	G	PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION	H	H	H	DEJANDOLOS ENCERRADOS	I	I	I	IGNORANDOLOS	J	J	J	PONIENDOLES MAS TRABAJO	K	K	K	DEJANDOLOS FUERA DE CASA	L	L	L	ECHANDOLES AGUA	M	M	M	QUITANDOLES LA ROPA.....	N	N	N	QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....	O	O	O	OTRA:..... X	X	X	X	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)		
PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS	A	A	A																																																																					
JALON DE OREJAS	B	B	B																																																																					
GOLPES DE PUÑO O PIE	C	C	C																																																																					
GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO	D	D	D																																																																					
GOLPES DE MANGUERA/ SOGA	E	E	E																																																																					
GRITOS/ INSULTOS	F	F	F																																																																					
PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA	G	G	G																																																																					
PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION	H	H	H																																																																					
DEJANDOLOS ENCERRADOS	I	I	I																																																																					
IGNORANDOLOS	J	J	J																																																																					
PONIENDOLES MAS TRABAJO	K	K	K																																																																					
DEJANDOLOS FUERA DE CASA	L	L	L																																																																					
ECHANDOLES AGUA	M	M	M																																																																					
QUITANDOLES LA ROPA.....	N	N	N																																																																					
QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO.....	O	O	O																																																																					
OTRA:..... X	X	X	X																																																																					
(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)																																																																						

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS				PASE A																												
828	<p>Generalmente, ¿en qué forma lo castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que se ha criado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> <p>INDAGUE: ¿De alguna otra forma?</p>	<p>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A</p> <p>JALON DE OREJAS B</p> <p>GOLPES DE PUÑO O PIEC</p> <p>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALOD</p> <p>GOLPES DE MANGUERA/ SOGAE</p> <p>GRITOS/ INSULTOS F</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G</p> <p>PRIVANDOLE DE ALIMENTACIONH</p> <p>DEJANDOLE ENCERRADA I</p> <p>IGNORANDOLO..... J</p> <p>PONIENDOLE MAS TRABAJO K</p> <p>DEJANDOLE FUERA DE CASA L</p> <p>ECHANDOLE AGUA M</p> <p>QUITANDOLE LA ROPA..... N</p> <p>QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO..... O</p> <p>OTRA _____X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LO CASTIGABAN..... Y</p>																																
829	<p>En su opinión se justifica que el padre o la madre pegue a sus hijos (as):</p> <p>A ¿Cuando son desobedientes?</p> <p>B ¿Cuando hacen renegar?</p> <p>C ¿Cuando llegan tarde a la casa?</p> <p>D ¿Cuando no cumplen con las tareas familiares? (POR EJEMPLO: CUIDADO DE HERMANOS MENORES, HACER COMPRAS, CUIDADO DE ANIMALES, TRAER AGUA, ETC.)</p>	<table><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th><th>SABE</th></tr></thead><tbody><tr><td>DESOBEDIENTES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>HACEN RENEGAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>LLEGAN TARDE A CASA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>NO CUMPLEN</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>					SI	NO	SABE	DESOBEDIENTES	1	2	8	HACEN RENEGAR	1	2	8	LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8	NO CUMPLEN	1	2	8									
	SI	NO	SABE																															
DESOBEDIENTES	1	2	8																															
HACEN RENEGAR	1	2	8																															
LLEGAN TARDE A CASA	1	2	8																															
NO CUMPLEN	1	2	8																															
830	<p>¿Cree Ud. que para educar a los hijos(as) es necesario el castigo físico?</p> <p>SI ES 'SI', PREGUNTE: ¿Muy a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p>	<p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																																
831	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas con respecto a la relación de marido y mujer. Sobre este tema las personas pueden tener diferentes tipos de opiniones y nos gustaría saber qué piensa usted.</p> <p>¿Usted cree que es aceptable que la esposa trabaje para ganar dinero?</p> <p>SO ES "SI": ¿En la casa, fuera de la casa o en cualquier parte?</p> <p>Si ES "NO", MARQUE "NO ACEPTA"</p>	<p>NO ACEPTA 1</p> <p>EN LA CASA 2</p> <p>FUERA DE LA CASA 3</p> <p>EN CUALQUIER PARTE 4</p>																																
832	<p>En cada una de las siguientes decisiones que le voy a leer, por favor dígame quién cree usted que debe tener la última palabra:</p> <p>A Para decidir el uso de un método anticonceptivo en la pareja: ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p> <p>B Para hacer grandes compras que requieren mucho dinero, ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p> <p>C Para hacer pequeñas compras diarias para el hogar, ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p> <p>D Para decidir cuándo visitar familiares, amigos o parientes, ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p> <p>E Para decidir qué hacer con el dinero que ella gana en su trabajo, ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p> <p>F Para decidir cuándo y cuántos niños tener, ¿Quién cree usted que debe tener la última palabra: el esposo/compañero, la esposa/compañera o ambos?</p>	<table><thead><tr><th>ESPOSO/ COMPAÑERO</th><th>ESPOSA/ COMPAÑERA</th><th>AMBOS IGUAL</th><th>NO SABE</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td></tr></tbody></table>				ESPOSO/ COMPAÑERO	ESPOSA/ COMPAÑERA	AMBOS IGUAL	NO SABE	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	1	2	3	8	
ESPOSO/ COMPAÑERO	ESPOSA/ COMPAÑERA	AMBOS IGUAL	NO SABE																															
1	2	3	8																															
1	2	3	8																															
1	2	3	8																															
1	2	3	8																															
1	2	3	8																															
1	2	3	8																															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A
833	Algunas veces un esposo/compañero se molesta o se disgusta por las cosas que su esposa/compañera hace. En su opinión:					
		SI	NO	NO SABE		
A	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando se entere de que ella usa un método anticonceptivo sin decírselo a él?	1	2	8		
B	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando se entere de que ella sale fuera de la casa sin decírselo a él?	1	2	8		
C	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando se entere de que ella descuida/desatiende a los niños?	1	2	8		
D	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando ella discute con él?	1	2	8		
E	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando se entere de que ella no quiere/rechaza? tener relaciones sexuales con él?	1	2	8		
F	¿Se justifica que el esposo/compañero le pegue/insulte a la pareja cuando se entere de que a ella se le queman los alimentos?	1	2	8		
834	Por favor usted cree se justifica que una esposa/mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su pareja:	SI	NO	NO SABE		
A	¿Cuando ella está cansada o no está de humor?	1	2	8		
B	¿Cuando ella ha dado a luz recientemente, es decir, durante el período de post-parto?	1	2	8		
C	¿Cuando ella sabe que su pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres?	1	2	8		
D	¿Cuando ella sabe que su pareja tiene una enfermedad de transmisión sexual?	1	2	8		
835	Usted cree que cuando la esposa o mujer se niega a tener relaciones sexuales con su pareja, el esposo o compañero:	SI	NO	DEPENDE	NO SABE	
A	¿Tiene derecho a enojarse y reprenderla?	1	2	3	8	
B	¿Tiene derecho a dejar de darle dinero u otros medios de apoyo financiero?	1	2	3	8	
C	¿Tiene derecho a usar la fuerza y tener relaciones sexuales aunque ella no quiera?	1	2	3	8	
D	¿Tiene derecho a irse y tener relaciones sexuales con otra mujer?	1	2	3	8	
836	AGRADEZCA AL ENTREVISTADO POR SU COOPERACIÓN Y VUELVA A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS. COMPLETE LAS PREGUNTAS DE ABAJO CON REFERENCIA A LA APLICACIÓN DEL MODULO DE VIOLENCIA DOMESTICA SOLAMENTE.					
837	USTED TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A QUE LA PERSONA ACUSADA ESTABA TRATANDO DE ESCUCHAR, O ENTRO EN EL CUARTO, O INTERRUMPIO EN ALGUNA OTRA FORMA?	SI UNA VEZ		SI,MAS DE UNA VEZ	NO	
		ESPOSA	1	2	3	
		OTRA MUJER ADULTA	1	2	3	
		HOMBRE ADULTO	1	2	3	
838	HORA DE TERMINACION:	HORA				
		MINUTOS				