

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 <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> |
| 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 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 | QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 | QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 |
| 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 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 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 |
| HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 | HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 | HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 | HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 |
| QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 | QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 | QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 | QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 6 NO SABE TODAVIA..... 8 → 6 |
| 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 | QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y |
| SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 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 | SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA . ← SI NO HAY MÁS, PASE A 8 |
| 04 | 05 | 06 | 07 |
| 04 | 05 | 06 | 07 |
| 04 | 05 | 06 | 07 |
| MENOR DE 18 AÑOS |
| SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 14) ← |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 16) ← |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 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 | 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 |
| 3 - 5 AÑOS |
| 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 | 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 |
| 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. | 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. |

| | | 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 | 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? | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION.....</td><td>12</td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td>14</td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....</td><td>15</td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td>16</td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td>17</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....</td><td>18</td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA).....</td><td>19</td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td>20</td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td>21</td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td>22</td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td>23</td></tr> </tbody> </table> | 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 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION.....</td><td>12</td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td>14</td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....</td><td>15</td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td>16</td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td>17</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....</td><td>18</td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA).....</td><td>19</td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td>20</td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td>21</td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td>22</td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td>23</td></tr> </tbody> </table> | 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 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION.....</td><td>12</td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td>14</td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....</td><td>15</td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td>16</td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td>17</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....</td><td>18</td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA).....</td><td>19</td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td>20</td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td>21</td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td>22</td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td>23</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21A | Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste a algún centro educativo? | SI..... 1 (PASE A 22) ← | SI..... 1 (PASE A 22) ← | SI..... 1 (PASE A 22) ← | SI..... 1 (PASE A 22) ← | SI..... 1 (PASE A 22) ← | SI..... 1 (PASE A 22) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ← | 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)? | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | NIVEL CURSO | | PRIMARIA | 1 | SECUNDARIA | 2 | NORMAL | 3 | UNIVERSITARIA | 4 | OTRO NIVEL..... | 9 | (ESPECIFIQUE) | 6 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | NIVEL CURSO | | PRIMARIA | 1 | SECUNDARIA | 2 | NORMAL | 3 | UNIVERSITARIA | 4 | OTRO NIVEL..... | 9 | (ESPECIFIQUE) | 6 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ← | 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 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ← | 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? | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | NIVEL CURSO | | PRIMARIA | 1 | SECUNDARIA | 2 | NORMAL | 3 | UNIVERSITARIA | 4 | OTRO NIVEL..... | 9 | (ESPECIFIQUE) | 6 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | NIVEL CURSO | | PRIMARIA | 1 | SECUNDARIA | 2 | NORMAL | 3 | UNIVERSITARIA | 4 | OTRO NIVEL..... | 9 | (ESPECIFIQUE) | 6 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td>1</td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td>2</td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td>3</td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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. | 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 <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION..</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | NINGUNO..... | <input type="text"/> | CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | SISTEMA ANTERIOR | | BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SISTEMA ACTUAL | | PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | EDUCACION DE ADULTOS | | EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | EDUCACION SUPERIOR | | NORMAL..... | <input type="text"/> | UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION..</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | NINGUNO..... | <input type="text"/> | CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | SISTEMA ANTERIOR | | BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SISTEMA ACTUAL | | PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | EDUCACION DE ADULTOS | | EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | EDUCACION SUPERIOR | | NORMAL..... | <input type="text"/> | UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION..</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | NINGUNO..... | <input type="text"/> | CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | SISTEMA ANTERIOR | | BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SISTEMA ACTUAL | | PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | EDUCACION DE ADULTOS | | EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | EDUCACION SUPERIOR | | NORMAL..... | <input type="text"/> | UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NINGUNO.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>CURSO DE ALFABETIZACION..</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION PREESCOLAR....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ANTERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>BASICO(1 A 5 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SISTEMA ACTUAL</td><td></td></tr> <tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION DE ADULTOS</td><td></td></tr> <tr><td>EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DE ADULTOS (CEMA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>APRENDIZAJE (IBBA).....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>EDUCACION SUPERIOR</td><td></td></tr> <tr><td>NORMAL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSIDAD.....</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | NINGUNO..... | <input type="text"/> | CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | SISTEMA ANTERIOR | | BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SISTEMA ACTUAL | | PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | EDUCACION DE ADULTOS | | EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | EDUCACION SUPERIOR | | NORMAL..... | <input type="text"/> | UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ACTUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION DE ADULTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ACTUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION DE ADULTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ACTUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION DE ADULTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURSO DE ALFABETIZACION.. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION PREESCOLAR.... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASICO(1 A 5 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA ACTUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION DE ADULTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUC. BÁSICA ADULTOS (EBA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DE ADULTOS (CEMA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APRENDIZAJE (IBBA)..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACION SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 22) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 22) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 22) ← | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 22) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NORMAL</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UNIVERSITARIA</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>OTRO NIVEL.....</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td></tr> </tbody> </table> | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | <input type="text"/> | SECUNDARIA | <input type="text"/> | NORMAL | <input type="text"/> | UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSITARIA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO NIVEL..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 CAÑERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA 1 → 34A POR CAÑERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO, LOTE O TERRENO..... 2 → 34A POR CAÑERÍA FUERA DEL LOTE/TERRENO..... 3 → 33 NO RECIBE AGUA POR CAÑERÍA..... 4 | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2 | → 37 |
| 36A | ¿Con cuántos hogares comparten el sanitario/letrina ? | NUMERO DE HOGARES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 37 | ¿El desague 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 A B C D F G H I J k | Tiene en su hogar: ¿Radio o Equipo de música? ¿Televisor? ¿Teléfono corriente? ¿Telefono celular? ¿Refrigerador? ¿Computadora? ¿Bicicleta? ¿Motocicleta? ¿Vehículo automotor? ¿Bomba eléctrica de agua? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO O EQUIPO DE MUSICA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEFONO CELULAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERADOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>COMPUTADORA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BICICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VEHICULO AUTOMOTOR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BOMBA ELECTRICA DE AGUA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | RADIO O EQUIPO DE MUSICA..... | 1 | 2 | TELEVISOR..... | 1 | 2 | TELÉFONO..... | 1 | 2 | TELEFONO CELULAR..... | 1 | 2 | REFRIGERADOR..... | 1 | 2 | COMPUTADORA..... | 1 | 2 | BICICLETA..... | 1 | 2 | MOTOCICLETA..... | 1 | 2 | VEHICULO AUTOMOTOR..... | 1 | 2 | BOMBA ELECTRICA DE AGUA..... | 1 | 2 | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIO O EQUIPO DE MUSICA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEVISOR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFONO CELULAR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFRIGERADOR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPUTADORA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BICICLETA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOTOCICLETA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VEHICULO AUTOMOTOR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 NIÑOS(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"/> | 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"/> | 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"/> | 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"/> | 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"/> | 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.

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|---|--------|
| 101 | ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA | HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 102 | Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud.. 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 104B VISITANTE 96 → 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 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MUNICIPIO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> EXTRANJERO (PAÍS) _____ <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 99 98 | |
| 106 | ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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? | NIVEL CURSO | |
| | | PRIMARIA 1 <input type="text"/> | |
| | | SECUNDARIA 2 <input type="text"/> | |
| | | NORMAL..... 3 <input type="text"/> | |
| | | UNIVERSITARIA 4 <input type="text"/> | |
| 110 | VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="text"/> ↓ OTRO NIVEL <input type="text"/> → 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 → 115 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) | |
| 112 | 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: | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Levantar cosas pesada?</td> <td>LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Manejar bicicleta ?</td> <td>MANEJAR BICICLETA..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Caminar rápidamente?</td> <td>CAMINAR RÁPIDAMENTE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Realizar trabajos físicos fuertes?</td> <td>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Subir gradas o pendientes?</td> <td>SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Bailar?</td> <td>BAILAR..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Levantar cosas livianas?</td> <td>LEVANTAR COSAS LIVIANAS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Caminar a paso regular?</td> <td>CAMINAR A PASO REGULAR..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I ¿Realizar trabajos físicos livianos?</td> <td>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS LIVIANOS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>X ¿Alguna otra?</td> <td>OTRA 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p> | | SI | NO | A ¿Levantar cosas pesada? | LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 | 2 | B ¿Manejar bicicleta ? | MANEJAR BICICLETA..... 1 | 2 | C ¿Caminar rápidamente? | CAMINAR RÁPIDAMENTE..... 1 | 2 | D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? | REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES..... 1 | 2 | E ¿Subir gradas o pendientes? | SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 | 2 | F ¿Bailar? | BAILAR..... 1 | 2 | G ¿Levantar cosas livianas? | LEVANTAR COSAS LIVIANAS..... 1 | 2 | H ¿Caminar a paso regular? | CAMINAR A PASO REGULAR..... 1 | 2 | I ¿Realizar trabajos físicos livianos? | REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS LIVIANOS..... 1 | 2 | X ¿Alguna otra? | OTRA 1 | 2 | | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Levantar cosas pesada? | LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿Manejar bicicleta ? | MANEJAR BICICLETA..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿Caminar rápidamente? | CAMINAR RÁPIDAMENTE..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? | REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ¿Subir gradas o pendientes? | SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F ¿Bailar? | BAILAR..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G ¿Levantar cosas livianas? | LEVANTAR COSAS LIVIANAS..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H ¿Caminar a paso regular? | CAMINAR A PASO REGULAR..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I ¿Realizar trabajos físicos livianos? | REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS LIVIANOS..... 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X ¿Alguna otra? | OTRA 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 120 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 10 HORAS O MAS 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 121 | ¿Usted cree que realizar actividades físicas diariamente es beneficioso para su salud? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 122 | <table border="0"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?</td> <td>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....</td> <td>SI 1</td> <td>NO 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Tiene miedos sin causa aparente ?</td> <td>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas?</td> <td>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Tiene dificultades para tomar decisiones?</td> <td>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ?</td> <td>INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Llora con facilidad?</td> <td>LLORA CON FACILIDAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Se asusta con facilidad ?</td> <td>ASUSTA CON FACILIDAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>¿Se siente cansada todo el tiempo?</td> <td>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | A | ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? | DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... | SI 1 | NO 2 | B | ¿Tiene miedos sin causa aparente ? | MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... | 1 | 2 | C | ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? | DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... | 1 | 2 | D | ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? | DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... | 1 | 2 | E | ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? | INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... | 1 | 2 | F | ¿Llora con facilidad? | LLORA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | G | ¿Se asusta con facilidad ? | ASUSTA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | H | ¿Se siente cansada todo el tiempo? | SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... | 1 | 2 | | |
| A | ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? | DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... | SI 1 | NO 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | ¿Tiene miedos sin causa aparente ? | MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? | DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? | DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? | INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | ¿Llora con facilidad? | LLORA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | ¿Se asusta con facilidad ? | ASUSTA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | ¿Se siente cansada todo el tiempo? | SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 208 | SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00" | TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 209 | VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO | | |
| 210 | VERIFIQUE 208: UNO O MAS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> → 211 NINGUN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226 | | |

HISTORIA DE NACIMIENTOS

211 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.

INDAGUE PARA DETERMINAR SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. CIRCULE 213 PARA FUTURA REFERENCIA.

ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS EN 212. ANOTE LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.

| 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)? |
| 01 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ PRÓXIMO NACIMIENTO | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | |
| 02 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 03 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 04 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 05 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 06 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 07 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 08 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |

| O R D E N D E L N A C I O N | 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 ESTA VIVO ¿Cuántos años cumplidos tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00" | SI ESTA VIVO ¿Está (NOMBRE) viviendo con usted? | SI ESTA VIVO REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO (A) DEL CUEST. HOGAR (REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO Y NO VIVE CON ELLA) | SI ESTA 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)? |
| 09 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 10 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 11 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 12 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 13 | (NOMBRE) | UNICO..... 1 MULT..... 2 | HOMBRE.... 1 MUJER..... 2 | MES AÑO | SI..... 1 NO..... 2 ↓ 220 | EDAD EN AÑOS | SI..... 1 NO..... 2 | No. DE ORDEN ↓ 221 | DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3 | SI..... 1 NO..... 2 |
| 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 <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA | | | | | | | | | |
| 223 A | VERIFIQUE: | PARA CADA NACIMIENTO: | SI ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) | <input type="checkbox"/> | PARA CADA HIJO VIVO: | SI ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.217) | <input type="checkbox"/> | PARA CADA HIJO MUERTO: | SI ANOTÓ LA EDAD AL MORIR (P.220) | <input type="checkbox"/> |
| 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 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. | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 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..... <input type="text"/> | |
| 227A | ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA | | |
| 228 | Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos? | EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3 | |
| 229 | ¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto? | SI..... 1 NO..... 2 | 238 |
| 230 | ¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos? | MES..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> | ÚLTIMA TERMINACIÓN ANTES DE 1998 <input type="checkbox"/> | 238 |
| 232 | ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS | MESES..... <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> | |
| 237 | ¿Cuántos meses duró ese embarazo que terminó antes de enero de 1998? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS | MESES..... <input type="text"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> OTRAS CONDICIONES <input type="checkbox"/> | | 251 |
| 240 | ¿A raíz de su último (o actual) embarazo, tuvo algún problema de salud: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto o terminación? C ¿Después del parto o terminación? | SI NO NS/NR DURANTE EL EMBARAZO 1 2 8 DURANTE EL PARTO O TERMINACION .. 1 2 8 DESPUES D EL PARTO O TERMINACION 1 2 8 | |
| 240D | VEA 240 ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/> | NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/> | 251 |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|---|---------------------------------------|--------------------------|--|--|------------------------------|----|---|--|--------------------|----|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|-------------------|---|------------------------|---------------------------|---|---|----------------------------|-------------------------------|---|---|--|--|---|---|-----------------------------|--------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------------|--|---|---|----------------------------------|---------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|---|---|-----------------------|-------------|---|---|--|
| 241 | Que tipo de problema de salud tuvo: | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?</td> <td>DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿Visión borrosa o como estrellitas?</td> <td>VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿Presión arterial elevada?</td> <td>PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Ataques o convulsiones?</td> <td>ATAQUES O CONVULSIONES..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E ¿Pérdida de la conciencia?</td> <td>PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F ¿Fiebre o calentura?</td> <td>FIEBRE O CALENTURA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G ¿Infección en la matriz?</td> <td>INFECCION EN LA MATRIZ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?</td> <td>FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I ¿Dolor o ardor al orinar?</td> <td>DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?</td> <td>PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?</td> <td>PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L ¿La placenta no podía salir?</td> <td>LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M ¿Desgarros genitales en el parto?</td> <td>DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>N ¿El bebé estaba mal acomodado?</td> <td>BEBE MAL ACOMODADO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>O ¿El parto duró mas de 12 horas?</td> <td>PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto?</td> <td>SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X Otro no mencionado?</td> <td>OTRO..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table> | | SI | NO | NS/NR | A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal? | DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1 | 2 | 8 | B ¿Visión borrosa o como estrellitas? | VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1 | 2 | 8 | C ¿Presión arterial elevada? | PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1 | 2 | 8 | D ¿Ataques o convulsiones? | ATAQUES O CONVULSIONES..... 1 | 2 | 8 | E ¿Pérdida de la conciencia? | PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1 | 2 | 8 | F ¿Fiebre o calentura? | FIEBRE O CALENTURA..... 1 | 2 | 8 | G ¿Infección en la matriz? | INFECCION EN LA MATRIZ..... 1 | 2 | 8 | H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor? | FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1 | 2 | 8 | I ¿Dolor o ardor al orinar? | DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1 | 2 | 8 | J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto? | PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1 | 2 | 8 | K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto? | PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1 | 2 | 8 | L ¿La placenta no podía salir? | LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1 | 2 | 8 | M ¿Desgarros genitales en el parto? | DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1 | 2 | 8 | N ¿El bebé estaba mal acomodado? | BEBE MAL ACOMODADO..... 1 | 2 | 8 | O ¿El parto duró mas de 12 horas? | PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1 | 2 | 8 | P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto? | SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1 | 2 | 8 | X Otro no mencionado? | OTRO..... 1 | 2 | 8 | |
| | SI | NO | NS/NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal? | DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿Visión borrosa o como estrellitas? | VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿Presión arterial elevada? | PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Ataques o convulsiones? | ATAQUES O CONVULSIONES..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ¿Pérdida de la conciencia? | PERDIDA DE LA CONCIENCIA..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F ¿Fiebre o calentura? | FIEBRE O CALENTURA..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G ¿Infección en la matriz? | INFECCION EN LA MATRIZ..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor? | FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I ¿Dolor o ardor al orinar? | DOLOR O ARDOR AL ORINAR..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto? | PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto? | PERDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L ¿La placenta no podía salir? | LA PLACENTA NO PODÍA SALIR..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M ¿Desgarros genitales en el parto? | DESGARROS GENITALES EN EL PARTO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N ¿El bebé estaba mal acomodado? | BEBE MAL ACOMODADO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O ¿El parto duró mas de 12 horas? | PARTO DURO MAS DE 12 HORAS..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P ¿Se rompió la bolsa de aguas antes de que comiencen los dolores de parto? | SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X Otro no mencionado? | OTRO..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 242 | ¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para esos problemas? | <table border="0"> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table> | SI..... | 1 | NO..... | 2 | 244 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 243 | Buscó atención o ayuda: | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>A ¿Del personal de un servicio de salud?</td> <td>PERSONAL DE SALUD..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?</td> <td>PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?</td> <td>AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Se atendió usted misma?</td> <td>ELLA SOLA..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table> | | SI | NO | NS | A ¿Del personal de un servicio de salud? | PERSONAL DE SALUD..... 1 | 2 | 8 | B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)? | PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1 | 2 | 8 | C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo? | AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1 | 2 | 8 | D ¿Se atendió usted misma? | ELLA SOLA..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Del personal de un servicio de salud? | PERSONAL DE SALUD..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)? | PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA O JAMPIRI)..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo? | AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Se atendió usted misma? | ELLA SOLA..... 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 243E | VEA : PREG. 243D = 1 <input type="checkbox"/> | <table border="0"> <tr> <td>PREG. 243A = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>247</td> </tr> <tr> <td>PREG. 243B = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>245</td> </tr> <tr> <td>PREG. 243C = 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>246</td> </tr> <tr> <td>OTRAS RESPUESTAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> | PREG. 243A = 1 | <input type="checkbox"/> | 247 | PREG. 243B = 1 | <input type="checkbox"/> | 245 | PREG. 243C = 1 | <input type="checkbox"/> | 246 | OTRAS RESPUESTAS | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREG. 243A = 1 | <input type="checkbox"/> | 247 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREG. 243B = 1 | <input type="checkbox"/> | 245 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREG. 243C = 1 | <input type="checkbox"/> | 246 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS RESPUESTAS | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 244 | ¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda? SI MENCIONA VARIAS SONDEAR PARA DETERMINAR LA RAZÓN PRINCIPAL | <table border="0"> <tr> <td>ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NO ERA NECESARIO.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>ERA DE NOCHE.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>OTRA RAZÓN.....</td> <td>96</td> </tr> </table> | ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA..... | 01 | NO ERA NECESARIO..... | 02 | NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR..... | 03 | ERA DE NOCHE..... | 04 | NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS..... | 05 | NO TENIA DINERO..... | 06 | ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE..... | 07 | OTRA RAZÓN..... | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA..... | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO ERA NECESARIO..... | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO SABÍAN (NO SABIA) DONDE ACUDIR..... | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ERA DE NOCHE..... | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS..... | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO TENIA DINERO..... | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE..... | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRA RAZÓN..... | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 245 | ¿Por qué no pensó acudir a un servicio de salud? | <table border="0"> <tr> <td>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>SABEMOS QUE TRATAN MAL.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>EL SERVICIO ES CARO.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>OTRA RAZÓN.....</td> <td>96</td> </tr> </table> | EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... | 01 | SABEMOS QUE TRATAN MAL..... | 02 | NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS..... | 03 | EL SERVICIO ES CARO..... | 04 | NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD..... | 05 | OTRA RAZÓN..... | 96 | 250 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABEMOS QUE TRATAN MAL..... | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS..... | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EL SERVICIO ES CARO..... | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO PENSO/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD..... | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRA RAZÓN..... | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 246 | ¿Qué hizo o qué tipo de ayuda o tratamiento recibió? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Alguna otra ayuda o tratamiento más? | <table border="0"> <tr> <td>MASAJES.....</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>MANTEO.....</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>MATES CASEROS.....</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>INYECCIONES.....</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>TABLETAS O PASTILLAS.....</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>SAHUMERIO.....</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>BAÑOS DE HIERBAS.....</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>OTRA AYUDA O TRATAMIENTC.....</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO/NADA.....</td> <td>Y</td> </tr> </table> | MASAJES..... | A | MANTEO..... | B | MATES CASEROS..... | C | INYECCIONES..... | D | (ESPECIFIQUE) | | TABLETAS O PASTILLAS..... | E | (ESPECIFIQUE) | | SAHUMERIO..... | F | BAÑOS DE HIERBAS..... | G | OTRA AYUDA O TRATAMIENTC..... | X | (ESPECIFIQUE) | | NINGUNO/NADA..... | Y | 250 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MASAJES..... | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANTEO..... | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATES CASEROS..... | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INYECCIONES..... | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TABLETAS O PASTILLAS..... | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAHUMERIO..... | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑOS DE HIERBAS..... | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRA AYUDA O TRATAMIENTC..... | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO/NADA..... | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? | <table border="0"> <tr> <td>NINGUNA DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>FALTA DE TRANSPORTE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MAL ESTADO DE LOS CAMINOS.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>OTRA DIFICULTAD.....</td> <td>6</td> </tr> </table> | NINGUNA DIFICULTAD..... | 1 | FALTA DE TRANSPORTE..... | 2 | MAL ESTADO DE LOS CAMINOS..... | 3 | EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... | 4 | OTRA DIFICULTAD..... | 6 | 249 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNA DIFICULTAD..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FALTA DE TRANSPORTE..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAL ESTADO DE LOS CAMINOS..... | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRA DIFICULTAD..... | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 248 | ¿Cuál fue el principal problema que tuvo en el servicio cuando solicitó la atención en el servicio salud? | <table border="0"> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>TARDARON EN ATENDERNOS.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NOS TRATARON MAL.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA PERSONAL.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>NO QUISIERON ATENDERNOS.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>OTRO PROBLEMA.....</td> <td>96</td> </tr> </table> | NINGUNO..... | 01 | TARDARON EN ATENDERNOS..... | 02 | NOS TRATARON MAL..... | 03 | NO HABÍA PERSONAL..... | 04 | NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS..... | 05 | NO QUISIERON ATENDERNOS..... | 06 | NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD..... | 07 | OTRO PROBLEMA..... | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO..... | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TARDARON EN ATENDERNOS..... | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOS TRATARON MAL..... | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO HABÍA PERSONAL..... | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS..... | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO QUISIERON ATENDERNOS..... | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD..... | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO PROBLEMA..... | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------|----|----|--|----------------------------------|---|---|--|----------------------------------|---|---|--|------------------------------|---|---|--|--|---|---|--|--|---|---|--|--|---|---|--|-------------|---|---|--|-------------|---|---|--|---|---|---|--|-------------|---|---|--|--|
| 249 | Cuáles de los siguientes tratamientos le dieron para su problema de salud: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Antibióticos en inyección?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B ¿Antibióticos por la vía oral?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C ¿Analgésicos (calmantes)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D ¿Líquidos por vena?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E ¿Transfusión de sangre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F ¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G ¿Legrado?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>H ¿Cesárea?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I ¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>J ¿Ninguno?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | | A ¿Antibióticos en inyección? | 1 | 2 | | B ¿Antibióticos por la vía oral? | 1 | 2 | | C ¿Analgésicos (calmantes)? | 1 | 2 | | D ¿Líquidos por vena? | 1 | 2 | | E ¿Transfusión de sangre? | 1 | 2 | | F ¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE) | 1 | 2 | | G ¿Legrado? | 1 | 2 | | H ¿Cesárea? | 1 | 2 | | I ¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE) | 1 | 2 | | J ¿Ninguno? | 1 | 2 | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Antibióticos en inyección? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿Antibióticos por la vía oral? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿Analgésicos (calmantes)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Líquidos por vena? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ¿Transfusión de sangre? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F ¿Otro tratamiento médico? _____ (ESPECIFIQUE) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G ¿Legrado? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H ¿Cesárea? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I ¿Otra cirugía? _____ (ESPECIFIQUE) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J ¿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 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> SEMANAS..... 2 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MESES..... 3 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> AÑOS..... 4 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 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 COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO: _____ 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..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Fue a otro servicio de salud?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B ¿Se hizo otros exámenes?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C ¿Siguió algún tratamiento?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D ¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E ¿Repitió el Papanicolau en un año o más?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | | A ¿Fue a otro servicio de salud? | 1 | 2 | | B ¿Se hizo otros exámenes? | 1 | 2 | | C ¿Siguió algún tratamiento? | 1 | 2 | | D ¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días? | 1 | 2 | | E ¿Repitió el Papanicolau en un año o más? | 1 | 2 | | → 257F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Fue a otro servicio de salud? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿Se hizo otros exámenes? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿Siguió algún tratamiento? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Repitió el Papanicolau inmediatamente o dentro de los siguientes 30 días? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ¿Repitió el Papanicolau en un año o más? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 257F | VEA PREG. 257: ALGÚN "SI" <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> | NINGÚN "SI" <input style="width: 30px; height: 20px;" 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..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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. | ¿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. | ¿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 → |
| 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 → |
| 05 | INYECCIONES (DEPO - PROVERA) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique 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 durante 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 INTERRUMPIDO) 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) 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 → |
| 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 → |
| 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 NO..... 2 _____ (ESPECIFIQUE) _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2 |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A PREG. |
|-------|--|---|--|
| 303 | VERIFIQUE 302: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> | AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/> | 307 |
| 304 | ¿Alguna vez, usted o su pareja han usado algún método o han tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo? | SI..... 1 NO..... 2 | 329 |
| 306 | ¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301 SI ES NECESARIO) | _____ | |
| 307 | Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que usted hizo algo o usó algún método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00" | NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 308 | VERIFIQUE 302(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> | MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> | 311A |
| 309 | VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> | EMBARAZADA <input type="checkbox"/> | 329 |
| 310 | ¿Actualmente está usted o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada? | SI..... 1 NO..... 2 | 329 |
| 311 | ¿Qué método está(an) usando? SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE INDICADO PARA EL MÉTODO CIRCULADO MÁS ARRIBA EN LA LISTA | ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G CONDÓN FEMENINO..... H TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... I MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... J RITMO..... K DÍAS FIJOS (COLLAR)..... L RETIRO..... M OTRO MÉTODO:..... X (ESPECIFIQUE) | 313 313 316A |
| 311A | ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA. | | |
| 313 | ¿Dónde tuvo lugar la operación? SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PUBLICO O PRIVADO _____ | 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 CONSULTORIO MEDICO/ MEDICO PARTICULAR..... 18 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) | |
| 314 | VERIFIQUE 311 Y 311A: CÓDIGO 'A' (ESTERILIZACIÓN FEMENINA) MARCADO) <input type="checkbox"/> | CÓDIGO 'B' (ESTERILIZACIÓN MASCULINA) MARCADO) <input type="checkbox"/> | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 |
| | Antes de su operación/ esterilización ¿Le informaron que no podría tener más hijos después de la operación? | Antes de la operación, ¿Le informaron a su esposo / compañero que no podría tener más hijos después de la operación? | |
| 316 | ¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron / esterilizaron? | MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 316A | En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez? | AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | FASE A PREG. |
|-------|---|---|---|
| 317 | VERIFIQUE 316 Y 316A, FECHA CUANDO EMPEZO A USAR: DESPUÉS DE ENERO DE 1998 <input type="checkbox"/> | ANTES DE ENERO DE 1998 <input type="checkbox"/> | 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 |
| 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/JAMPURI/QOLLIRI)..... 20 FARMACIA..... 21 AMIGO/FAMILIAR..... 22 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | 320A |
| 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: ALGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO NINGÚN CÓDIGO <input type="checkbox"/> FUE CIRCULADO Antes de empezar a usar el método ¿le hablaron en ese momento de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar? Cuando Ud. obtuvo el método actual, le hablaron de otros métodos de planificación familiar que Usted podría usar? | 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 de 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 DESDE ENERO DE 1998 | NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998 → PASE A 490 | | |
| 402 | ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1998. COMIENZE 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 DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE |
| 404 | DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> |
| 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="checkbox"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 407) ← | EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← | EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← MÁS ADELANTE 2 NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="checkbox"/> (PASE A 423) ← |
| 406 | ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar? | MESES..... 1 <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998 | MESES..... 1 <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> NO SABE..... 998 | MESES..... 1 <input type="checkbox"/> AÑOS..... 2 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> (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="checkbox"/> NO SABE..... 98 | | |
| 409 | ¿Cuántas visitas de control de embarazo (atención prenatal) tuvo durante el embarazo de (NOMBRE)? | Nº DE VISITAS..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98 | | |
| 410 | VERIFIQUE 409: NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL | UNA VEZ <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA VEZ O NO SABE <input type="checkbox"/> (PASE A 412) | | |
| 411 | ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vio a alguien para control prenatal por última vez? | MESES..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 98 | | |
| 412 | En sus controles le hicieron algo de lo siguiente: | SI NO A ¿La pesaron? PESARON..... 1 2 B ¿La midieron (talla)? LA MIDIERON..... 1 2 C ¿Le tomaron la presión arterial? PRESIÓN ARTERIAL..... 1 2 D ¿Le hicieron un examen de orina? EXAMEN DE ORINA..... 1 2 E ¿Le hicieron un examen de sangre? EXAMEN DE SANGRE..... 1 2 F ¿Le midieron la barriga? BARRIGA..... 1 2 G ¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé? 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="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (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="checkbox"/> NO SABE..... 8 <input type="checkbox"/> (PASE A 417) ← | | |
| 416 | Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa inyección? | VECES / DOSIS..... <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 | | |

| | | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|-----|---|---|---|---|
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 | Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998 | Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA/ 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998 | Kg. Grs. PESO DE LA TARJETA.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99998 |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998 | | |

| | | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 |
| 437 | VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA: | NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (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..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> | INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> | INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 442 | Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿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) |

| | | ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
|------|---|--|--|---|
| 444 | VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446) | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446) | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 446) |
| 445 | ¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)? | SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2 | SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2 | SI..... 1 (PASE A 448) ← NO..... 2 |
| 446 | ¿Durante cuántos meses le dio usted el pecho a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE '00' | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 | MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98 |
| 447 | VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTA VIVO O MUERTO: | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454) | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 454) | VIVO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 450) MUERTO <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA NUEVO CUEST. SI NO HAY MÁS PASE A 454) |
| 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 | NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE VECES ANOCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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 | NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE VECES AYER..... <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 450 | ¿En el día de ayer o en la noche (NOMBRE) tomó algo en biberón? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 |
| 451 | ¿Se agregó azúcar a algún alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 |
| 451A | ¿Se agregó sal o algún otro alimento o líquido que (NOMBRE) comió o tomó el día de ayer? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 |
| 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'. | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8 | NÚMERO DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE 8 |
| 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. COMIENZE 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ |
| 456 | DE 216, SI ESTA VIVO O MUERTO | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN PENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486) | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 456 EN ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A 486) | VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (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 (PASE A 462) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 462) ← |
| 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. | DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DÍA MES AÑO BCG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> V A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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 DIA) (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 DIA) (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 DIA) (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..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 |

| | NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212 | ÚLTIMO NACIDO VIVO | PENÚLTIMO NACIDO VIVO | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO |
|------|--|---|---|---|
| | | NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> | NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | NOMBRE _____ | NOMBRE _____ | 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..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | No. DE VECES..... <input type="text"/> NO SABE..... 8 | No. DE VECES..... <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475) | "SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (PASE A 475) | "SI" EN 466 O EN 467 <input type="checkbox"/> OTRA RESPUESTA <input type="checkbox"/> (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 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ | ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> 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? | 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..... 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 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 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) |
| 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"/> DEL MÁS PEQUEÑO | 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 | Cuando (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 border="1"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | REGISTRE EL NOMBRE DEL NIÑO DE MAS CORTA EDAD QUE AUN VIVE CON ELLA EN LAS PREGUNTAS 492A Y 492B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 border="1"> <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | Agua sola (sin mezclar con nada)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Leche en polvo para bebé? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | Cualquier otra leche (fresca, evaporada o en polvo)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Jugo de fruta? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 COMIÓ ESE ALIMENTO, ESCRIBA "0". SI COMIÓ 7 VECES O MÁS, ANOTE "7" SI NO SABE, ANOTE "8".</p> | <p>493A</p> <p>ÚLTIMOS 7 DÍAS</p> <p>¿Cuántos días durante los últimos 7 días _____ (NOMBRE) comió cada uno de los siguientes alimentos separado o combinado con otros alimentos?</p> | <p>493B</p> <p>AYER/NOCHE</p> <p>En total, ayer ¿cuántas veces durante el día y la noche le dio de comer a _____ (NOMBRE) este alimento?</p> | |
| 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 | SI NO NIÑOS (AS) MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO/MARIDO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2 | |
| 501 | ¿Actualmente, está usted casada o vive en unión con un hombre? | SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 → SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 2 → NO, NO EN UNIÓN..... 3 | 505 505 |
| 502 | ¿Ha estado usted casada o unida alguna vez aunque haya sido por poco tiempo? | SI, ESTUVO CASADA..... 1 → SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 → NO..... 3 | 504 510 |
| 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? | VIUDA..... 1 } SEPARADA..... 2 } DIVORCIADA..... 3 } | 510 |
| 505 | ¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte? | VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2 | |
| 506 | ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00". | NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| 510 | ¿Ha estado usted casada o en unión libre con un hombre, sólo una vez o más de una vez? | UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2 | |
| 511 | VERIFIQUE 510: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ:</p> <p>↓</p> <p>¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposo o compañero?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ:</p> <p>↓</p> <p>En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?</p> </div> </div> | MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998 | 513 |
| 512 | ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él? | EDAD..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| 513 | 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. 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 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 | | |
| 514 | 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)? | NUNCA HA TENIDO00 → EDAD EN AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95 | 524 |
| 515 | ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? 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" | DÍAS..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> SEMANAS..... 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES..... 3 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑOS..... 4 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> → | 524 |
| 516 | La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón? | SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8 | |

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

SECCIÓN 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|--|---|
| 601 | VERIFIQUE 311 Y 311A: 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"/> Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? | EMBARAZADA 226=1 <input type="checkbox"/> 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 → 604 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 → 614 INDECISA/NO SABE, ENTRE: NO EMBARAZADAS O INSEGURA..... 4 → 608 ENTRE EMBARAZADAS..... 5 → 610 |
| 603 | VERIFIQUE 226: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de (un/otro) hijo? | EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo? | MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 → 609 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 614 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: _____ 996 → 609 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998 |
| 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"/> | 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"/> | 610 |
| 607 | VERIFIQUE 602: QUIERE TENER (UN/OTRO) HIJO DESPUÉS 602=1 <input type="checkbox"/> Usted me dijo que quería un (otro) hijo después , pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE | NO QUIERE MÁS HIJOS 602=2 <input type="checkbox"/> 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 método? ¿Alguna otra razón? | NO EN UNIÓN A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA..... D → 609 INFERTILIDAD MUJER..... E → 609 INFERTILIDAD HOMBRE..... F → 609 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: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z |
| 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: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> | | 614 |
| 610 | ¿Usted cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada? | SI..... 1 NO..... 2 → 612 NO SABE..... 8 → 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 → 614 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 | |
| 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 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 612=11 <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> | | 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"/> 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA | NINGUNO..... 00 → 616 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA..... 96 → 616 _____ (ESPECIFIQUE) | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) | |

| 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? | SI NO 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 <input type="checkbox"/> 501=1 SI, EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=2 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> 501=3 | | 628 |
| 622 | VERIFIQUE 311/311A: SI USA ACTUALMENTE ALGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> | | 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 <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> | | 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? | SI NO NO SABE 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 | <p>VERIFIQUE 501, 502:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> 501=1,2</p> <p>ANTERIORES CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> 502=1,2</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNION <input type="checkbox"/> 502=3</p> | <p>703</p> <p>707</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 702 | ¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)? | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">NIVEL</td> <td align="right">CURSO</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td align="right">1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td align="right">2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NORMAL.....</td> <td align="right">3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>UNIVERSIDAD</td> <td align="right">4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td></td> <td align="right">98</td> </tr> </table> | | NIVEL | CURSO | PRIMARIA | 1 | <input type="text"/> | SECUNDARIA | 2 | <input type="text"/> | NORMAL..... | 3 | <input type="text"/> | UNIVERSIDAD | 4 | <input type="text"/> | NO SABE | | 98 | |
| | NIVEL | CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | 1 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | 2 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NORMAL..... | 3 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD | 4 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO SABE | | 98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 706 | <p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>ANTERIORES CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente?</p> <p>¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?</p> | <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p align="center">(ANOTE TEXTUALMENTE)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 711 | <p>VERIFIQUE 710</p> <p>TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> <p>NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/></p> | | 713 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 712 | ¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona? | <p>TIERRA PROPIA..... 1</p> <p>TIERRA DE LA FAMILIA..... 2</p> <p>TIERRA ARRENDADA..... 3</p> <p>TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 713 | ¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia? | <p>PARA UN FAMILIAR..... 1</p> <p>OTRA PERSONA..... 2</p> <p>CUENTA PROPIA..... 3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 714 | ¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar? | <p>EN EL HOGAR..... 1</p> <p>FUERA DEL HOGAR..... 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 715 | ¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando? | <p>TODO EL AÑO..... 1</p> <p>POR ÉPOCAS..... 2</p> <p>DE VEZ EN CUANDO..... 3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? | <p>SÓLO DINERO..... 1</p> <p>DINERO Y ESPECIE..... 2</p> <p>SÓLO EN ESPECIE..... 3</p> <p>NO LE PAGAN..... 4</p> | 719 719 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 717 | ¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que usted gana(ba)? | <p>ENTREVISTADA DECIDE..... 1</p> <p>PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) DECIDE..... 2</p> <p>AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA..... 3</p> <p>OTRA PERSONA..... 4</p> <p>LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA..... 5</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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: | | |
| | | SI NO | |
| A | ¿Cocina para su hogar? | COCINA..... 1 2 | |
| B | ¿Lava ropa? | LAVA ROPA..... 1 2 | |
| C | ¿Plancha? | PLANCHA..... 1 2 | |
| D | ¿Cuida a los niños? | CUIDA A LOS NIÑOS..... 1 2 | |
| E | ¿Trae leña/combustible? | 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: | | |
| | | ESPOSO/ COMPA- ÑERO | |
| | | AMBOS | |
| | | OTRA PER- SONA | |
| | | ELLA Y OTRA PER- SONA | |
| | | NA- DIE | |
| A | ¿En el cuidado de su salud? | ELLA 1 ESPOSO/ 2 COMPA- 3 AMBOS 4 OTRA 5 ELLA 6 Y OTRA 7 PER- 8 SONA 9 | |
| B | ¿En las compras diarias de la casa? | ELLA 1 ESPOSO/ 2 COMPA- 3 AMBOS 4 OTRA 5 ELLA 6 Y OTRA 7 PER- 8 SONA 9 | |
| C | ¿Comprar algo caro en la casa, por ejemplo un televisor? | ELLA 1 ESPOSO/ 2 COMPA- 3 AMBOS 4 OTRA 5 ELLA 6 Y OTRA 7 PER- 8 SONA 9 | |
| D | ¿Visitas a amigos y a la familia? | ELLA 1 ESPOSO/ 2 COMPA- 3 AMBOS 4 OTRA 5 ELLA 6 Y OTRA 7 PER- 8 SONA 9 | |
| E | ¿Qué alimentos cocinar diariamente? | ELLA 1 ESPOSO/ 2 COMPA- 3 AMBOS 4 OTRA 5 ELLA 6 Y OTRA 7 PER- 8 SONA 9 | |
| 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: | | |
| | | SI NO | |
| A | ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? | SI SALE FUERA..... 1 2 | |
| B | ¿Si ella descuida/desatiende los niños? | DESCUIDA NIÑOS 1 2 | |
| C | ¿Si ella discute con él? | DISCUTE 1 2 | |
| D | ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él? | NO SEXO 1 2 | |
| E | ¿Si ella deja quemar la comida? | QUEMAN LAS COMIDAS..... 1 2 | |

SECCIÓN 8. SIDA e ITS

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|--------------------|---|--|--------|
| 801 A B | Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de: La infección por VIH? Una enfermedad llamada SIDA? | SI NO VIH..... 1 2 SIDA..... 1 2 | |
| 801A | VERIFIQUE 801: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> → 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/ SER LE 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 A B C | ¿El virus del SIDA puede ser transmitido de la madre infectada al niño: ¿Durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante la lactancia? | SI NO NO SABE DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8 DURANTE EL PARTO..... 1 2 8 DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|---|------------|
| 813 | VERIFIQUE 501: ACTUALMENTE CASADA O UNIDA <input type="checkbox"/> | 501=3 NO CASADA/ NI UNIDA <input type="checkbox"/> | 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 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 902 | VERIFIQUE 901: DOS O MÁS HIJO(A)S <input type="checkbox"/> | | | | | | | SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input type="checkbox"/> → PASE A 1000 |
| 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... <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 904 | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | |
| 904 | Nombre de su hermana(o) mayor y el nombre de las hermanas y hermanos que le siguen, vivos y muertos? | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | (NOMBRE) | |
| 905 | ¿(NOMBRE) es hombre o mujer? | 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)? | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 8. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 |
| 908 | ¿En qué año murió (NOMBRE)? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 |
| 909 | ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió? | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 910 | ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió? | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> 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 |
| 913 | ¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, aborto o nacido muerto? | 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 |
| 915 | ¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida? | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 2. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 3. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 4. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 5. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 6. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A COLUMNA 7. SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> <input type="text"/> 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) | (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 | HOMBRE..... 1 MUJER 2 |
| 906 | ¿Está vivo(a) (NOMBRE)? | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | SI 1 NO 2 (PASE A 908) ← NS 8 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | |
| 907 | ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> NS/NR.....98 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | |
| 908 | ¿En qué año murió (NOMBRE)? | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | <input type="text"/> (PASE A 910) NS 9998 | |
| 909 | ¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 910 | ¿Cuántos años tenía cuando murió? | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> 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 (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 aborto 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? | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | <input type="text"/> SI NO HAY MÁS PASE A 1000 | |

SECCIÓN 10. VIOLENCIA A LA MUJER

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-------------------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|--------------------|---|---------------------------------------|--------------------|---|---|--------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|-----------------------|---|---|---|--|
| 1000 | <p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</p> <p align="center">PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/></p> | <p>PRESENCIA DE OTROS:</p> <table> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td>SI 1</td> <td>NO 2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> | NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... | SI 1 | NO 2 | ESPOSO/COMPAÑERO..... | 1 | 2 | OTROS HOMBRES..... | 1 | 2 | OTRAS MUJERES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... | SI 1 | NO 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPOSO/COMPAÑERO..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS HOMBRES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS MUJERES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1001 | <p>LEA A LA ENTREVISTADA</p> <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1002 | <p>VERIFIQUE PREGUNTA 501 Y 502 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA</p> <p>ESPOSO/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NOVIO O ENAMORADO <input type="checkbox"/></p> | <p>NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/></p> | 1028 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1003 | <p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposo o conviviente, su novio o enamorado</p> <p>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</p> | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI A MENUDO</th> <th>SI ALGUNAS VECES</th> <th>NO NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LA HA ACUSADO DE SER INFIEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>LIMITARLE CONTACTOS CON FAMILIA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EXPRESIONES OFENSIVAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AMENAZABA CON ABANDONARLA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AMENAZABA CON NO APOYARLA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | SI A MENUDO | SI ALGUNAS VECES | NO NUNCA | LA HA ACUSADO DE SER INFIEL | 1 | 2 | 3 | LIMITARLE CONTACTOS CON FAMILIA | 1 | 2 | 3 | EXPRESIONES OFENSIVAS | 1 | 2 | 3 | AMENAZABA CON ABANDONARLA | 1 | 2 | 3 | AMENAZABA CON NO APOYARLA | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| | SI A MENUDO | SI ALGUNAS VECES | NO NUNCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LA HA ACUSADO DE SER INFIEL | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIMITARLE CONTACTOS CON FAMILIA | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPRESIONES OFENSIVAS | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMENAZABA CON ABANDONARLA | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMENAZABA CON NO APOYARLA | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1003A | <p>VERIFIQUE 1003:</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p> | <p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p> | 1005 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1004 | <p>Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</p> | <table> <tr> <td>A SOLAS.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMBAS.....</td> <td>3</td> </tr> </table> | A SOLAS..... | 1 | EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS..... | 2 | AMBAS..... | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A SOLAS..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMBAS..... | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1005 | <p>Por favor dígame si las siguientes situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, solo algunas veces o nunca.</p> | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI A MENUDO</th> <th>SI ALGUNAS VECES</th> <th>NO NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EMPUJADO/ JALONEADO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>GOLPEADO CON MANO/PIE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>GOLPEADO CON OBJETO DURO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TRATADO DE ESTRANGULAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FORZADO A TENER RELACIONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | SI A MENUDO | SI ALGUNAS VECES | NO NUNCA | EMPUJADO/ JALONEADO | 1 | 2 | 3 | GOLPEADO CON MANO/PIE | 1 | 2 | 3 | GOLPEADO CON OBJETO DURO | 1 | 2 | 3 | TRATADO DE ESTRANGULAR | 1 | 2 | 3 | FORZADO A TENER RELACIONES | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| | SI A MENUDO | SI ALGUNAS VECES | NO NUNCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPUJADO/ JALONEADO | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GOLPEADO CON MANO/PIE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GOLPEADO CON OBJETO DURO | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATADO DE ESTRANGULAR | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORZADO A TENER RELACIONES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1006 | <p>VERIFIQUE 1005:</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p> | <p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p> | 1011 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1007 | <p>Cómo resultado de estas agresiones:</p> | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MIEDO A REACCION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TUVO MORETONES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>HERIDA/QUEBR.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ABORTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERDIDA ORGANO O FUNCION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FALTO A TRABAJO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | NR | MIEDO A REACCION | 1 | 2 | 8 | TUVO MORETONES | 1 | 2 | 8 | HERIDA/QUEBR. | 1 | 2 | 8 | ABORTO | 1 | 2 | 8 | PERDIDA ORGANO O FUNCION | 1 | 2 | 8 | FALTO A TRABAJO | 1 | 2 | 8 | |
| | SI | NO | NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MIEDO A REACCION | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TUVO MORETONES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HERIDA/QUEBR. | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABORTO | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERDIDA ORGANO O FUNCION | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FALTO A TRABAJO | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|--|---|--------------|
| 1008 | VERIFIQUE 1007: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> | NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> | 1013 |
| 1008A | Cuando fue agredida por su pareja, generalmente ésta: | SI NO NS | |
| A | ¿Había consumido alcohol? | ALCOHOL..... 1 2 8 | |
| B | ¿Había consumido droga? | DROGA..... 1 2 8 | |
| 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 AL MENOS UN CODIGO 1 O 2 <input type="checkbox"/> | 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 MEREZIA 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 | ¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS: INDAGUE: ¿Alguien más? | 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 | Cuando la han forzado sexualmente, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión? SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido? MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS: INDAGUE: ¿Alguna más? | 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 | El agresor(a), ¿recibió alguna sanción como multas, arrestos, trabajo comunitario o terapia psicológica? INDAGUE: ¿Alguna más? | MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y | |
| 1023 | ¿Sabe Ud. si su padre golpeaba a su madre? | 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 | ¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos en el hogar? MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS: INDAGUE: ¿Alguien más? | 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 | A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos(as)? B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)? C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)? | | |
| | PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A A JALON DE OREJAS B B GOLPES DE PUÑO O PIE C C GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D D GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E E GRITOS/ INSULTOS F F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G G PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION H H DEJANDOLOS ENCERRADOS I I IGNORANDOLOS J J PONIENDOLES MAS TRABAJO K K DEJANDOLOS FUERA DE CASA L L ECHANDOLES AGUA M M QUITANDOLES LA ROPA..... N N QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO..... O O OTRA:..... 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> | PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A JALON DE OREJAS B GOLPES DE PUÑO O PIE C GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E GRITOS/ INSULTOS F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G PRIVANDOLE DE ALIMENTACION H DEJANDOLE ENCERRADA I IGNORANDOLA J PONIENDOLE MAS TRABAJO K DEJANDOLE FUERA DE CASA L ECHANDOLE AGUA M QUITANDOLE LA ROPA..... N QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO..... O OTRA X (ESPECIFIQUE) NO LA CASTIGABAN..... Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 border="1"> <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? SI ES 'SI', PREGUNTE: ¿Muy a menudo, algunas veces o nunca? SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p> | <p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1031 | <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1032 | <p>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?</p> | <table border="1"> <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 | <p>HORA DE TERMINACION:</p> | <p>HORA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | 1 | 2 | | |
|-------|-----|-----|----|--|-------|
| 12 | DIC | | 01 | | DIC |
| 11 | NOV | | 02 | | NOV |
| 10 | OCT | | 03 | | OCT |
| 09 | SEP | | 04 | | SEP |
| 2 | 08 | AGO | 05 | | AGO 2 |
| 0 | 07 | JUL | 06 | | JUL 0 |
| 0 | 06 | JUN | 07 | | JUN 0 |
| 3 | 05 | MAY | 08 | | MAY 3 |
| | 04 | ABR | 09 | | ABR |
| | 03 | MAR | 10 | | MAR |
| | 02 | FEB | 11 | | FEB |
| | 01 | ENE | 12 | | ENE |
| <hr/> | | | | | |
| 12 | DIC | | 13 | | DIC |
| 11 | NOV | | 14 | | NOV |
| 10 | OCT | | 15 | | OCT |
| 09 | SEP | | 16 | | SEP |
| 2 | 08 | AGO | 17 | | AGO 2 |
| 0 | 07 | JUL | 18 | | JUL 0 |
| 0 | 06 | JUN | 19 | | JUN 0 |
| 2 | 05 | MAY | 20 | | MAY 2 |
| | 04 | ABR | 21 | | ABR |
| | 03 | MAR | 22 | | MAR |
| | 02 | FEB | 23 | | FEB |
| | 01 | ENE | 24 | | ENE |
| <hr/> | | | | | |
| 12 | DIC | | 25 | | DIC |
| 11 | NOV | | 26 | | NOV |
| 10 | OCT | | 27 | | OCT |
| 09 | SEP | | 28 | | SEP |
| 2 | 08 | AGO | 29 | | AGO 2 |
| 0 | 07 | JUL | 30 | | JUL 0 |
| 0 | 06 | JUN | 31 | | JUN 0 |
| 1 | 05 | MAY | 32 | | MAY 1 |
| | 04 | ABR | 33 | | ABR |
| | 03 | MAR | 34 | | MAR |
| | 02 | FEB | 35 | | FEB |
| | 01 | ENE | 36 | | ENE |
| <hr/> | | | | | |
| 12 | DIC | | 37 | | DIC |
| 11 | NOV | | 38 | | NOV |
| 10 | OCT | | 39 | | OCT |
| 09 | SEP | | 40 | | SEP |
| 2 | 08 | AGO | 41 | | AGO 2 |
| 0 | 07 | JUL | 42 | | JUL 0 |
| 0 | 06 | JUN | 43 | | JUN 0 |
| 0 | 05 | MAY | 44 | | MAY 0 |
| | 04 | ABR | 45 | | ABR |
| | 03 | MAR | 46 | | MAR |
| | 02 | FEB | 47 | | FEB |
| | 01 | ENE | 48 | | ENE |
| <hr/> | | | | | |
| 12 | DIC | | 49 | | DIC |
| 11 | NOV | | 50 | | NOV |
| 10 | OCT | | 51 | | OCT |
| 09 | SEP | | 52 | | SEP |
| 1 | 08 | AGO | 53 | | AGO 1 |
| 9 | 07 | JUL | 54 | | JUL 9 |
| 9 | 06 | JUN | 55 | | JUN 9 |
| 9 | 05 | MAY | 56 | | MAY 9 |
| | 04 | ABR | 57 | | ABR |
| | 03 | MAR | 58 | | MAR |
| | 02 | FEB | 59 | | FEB |
| | 01 | ENE | 60 | | ENE |
| <hr/> | | | | | |
| 12 | DIC | | 61 | | DIC |
| 11 | NOV | | 62 | | NOV |
| 10 | OCT | | 63 | | OCT |
| 09 | SEP | | 64 | | SEP |
| 1 | 08 | AGO | 65 | | AGO 1 |
| 9 | 07 | JUL | 66 | | JUL 9 |
| 9 | 06 | JUN | 67 | | JUN 9 |
| 8 | 05 | MAY | 68 | | MAY 8 |
| | 04 | ABR | 69 | | ABR |
| | 03 | MAR | 70 | | MAR |
| | 02 | FEB | 71 | | FEB |
| | 01 | ENE | 72 | | ENE |



BOLIVIA
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD
ENDSA 2003



Ministerio de Salud y Deportes

CUESTIONARIO DE HOMBRE

IDENTIFICACIÓN

UPM _____
 UPM ENDSA _____
 NÚMERO DE VIVIENDA DENTRO DE LA UPM _____
 NÚMERO DE HOGAR DENTRO DE LA VIVIENDA _____
 DEPARTAMENTO _____
 PROVINCIA _____
 SECCION _____
 CANTON _____
 CIUDAD / ORG. COMUNITARIA _____
 ZONA / LOCALIDAD _____
 DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA _____
 NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VISITAS DEL ENTREVISTADOR

| | 1 | 2 | 3 | | VISITA FINAL | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--|--|---|---|---|---|
| FECHA | | | | | DÍA <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL ENTREVISTADOR | | | | | MES <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | |
| RESULTADO | | | | | AÑO <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td></tr> </table> | 2 | 0 | 0 | 3 |
| 2 | 0 | 0 | 3 | | | | | | |
| PRÓXIMA VISITA: FECHA | | | | | CÓDIGO ENTREV..... <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | |
| HORA | | | | | RESULTADO <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | |

CÓDIGOS DE RESULTADO:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA | 5 RECHAZADA |
| 2 AUSENTE | |
| 3 POSTERGADA | 6 OTRO RESULTADO: _____ |
| 4 PARCIALMENTE COMPLETA | (ESPECIFIQUE) |

| | SUPERVISOR(A) | CRITICADO EN EL CAMPO POR: | CRITICADO EN LA OFICINA POR: | DIGITADO POR: | | | | | | | | |
|--------|---|----------------------------|------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
| NOMBRE | _____ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | _____ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | _____ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | _____ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 104B VISITANTE 96 → 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 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MUNICIPIO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> EXTRANJERO (PAÍS) _____ <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO 99 98 | |
| 106 | ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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? | NIVEL CURSO | |
| | | PRIMARIA 1 <input type="text"/> | |
| | | SECUNDARIA 2 <input type="text"/> | |
| | | NORMAL..... 3 <input type="text"/> | |
| | | UNIVERSITARIA 4 <input type="text"/> | |
| 110 | VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="text"/> ↓ OTRO NIVEL <input type="text"/> → 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 → 115 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) | |
| 112 | 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: | <table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center">SI</th> <th style="text-align:center">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Levantar cosas pesada?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Manejar bicicleta ?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Caminar rápidamente?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Realizar trabajos físicos fuertes?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Subir gradas o pendientes?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>F ¿Bailar?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Levantar cosas livianas?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Caminar a paso regular?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>I ¿Realizar trabajos físicos livianos?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>X ¿Alguna otra?</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align:center">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | A ¿Levantar cosas pesada? | 1 | 2 | B ¿Manejar bicicleta ? | 1 | 2 | C ¿Caminar rápidamente? | 1 | 2 | D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? | 1 | 2 | E ¿Subir gradas o pendientes? | 1 | 2 | F ¿Bailar? | 1 | 2 | G ¿Levantar cosas livianas? | 1 | 2 | H ¿Caminar a paso regular? | 1 | 2 | I ¿Realizar trabajos físicos livianos? | 1 | 2 | X ¿Alguna otra? | 1 | 2 | (ESPECIFIQUE) | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A ¿Levantar cosas pesada? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B ¿Manejar bicicleta ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C ¿Caminar rápidamente? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ¿Subir gradas o pendientes? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F ¿Bailar? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G ¿Levantar cosas livianas? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H ¿Caminar a paso regular? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I ¿Realizar trabajos físicos livianos? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X ¿Alguna otra? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 style="display:inline-block; text-align:right; margin-right:10px;">→120</div> <div style="display:inline-block; text-align:right; margin-right:10px;">→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 <input style="width:40px;" type="text"/> 10 HORAS O MAS 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 121 | ¿Usted cree que realizar actividades físicas diariamente es beneficioso para su salud? | SI..... 1 NO..... 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 122 | <table style="width:100%; border:none;"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad?</td> <td>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....</td> <td style="text-align:center">SI</td> <td style="text-align:center">NO</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Tiene miedos sin causa aparente ?</td> <td>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas?</td> <td>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Tiene dificultades para tomar decisiones?</td> <td>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ?</td> <td>INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Llora con facilidad?</td> <td>LLORA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Se asusta con facilidad ?</td> <td>ASUSTA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>¿Se siente cansado todo el tiempo?</td> <td>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> </tbody> </table> | A | ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? | DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... | SI | NO | B | ¿Tiene miedos sin causa aparente ? | MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... | 1 | 2 | C | ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? | DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... | 1 | 2 | D | ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? | DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... | 1 | 2 | E | ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? | INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... | 1 | 2 | F | ¿Llora con facilidad? | LLORA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | G | ¿Se asusta con facilidad ? | ASUSTA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | H | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... | 1 | 2 | | |
| A | ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? | DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD..... | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | ¿Tiene miedos sin causa aparente ? | MIEDOS SIN CAUSA APARENTE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas? | DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? | DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida ? | INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | ¿Llora con facilidad? | LLORA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | ¿Se asusta con facilidad ? | ASUSTA CON FACILIDAD..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | →126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? | _____ _____ (ANOTE TEXTUALMENTE) | |
| 134 | VERIFIQUE 133 TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> | NO TRABAJA EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> | 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 (hacía) 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 <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ALGUN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 209A | VERIFIQUE 209: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO | |
| 210 | VERIFIQUE 209: HA TENIDO MAS DE UN HIJO <input type="checkbox"/> HA TENIDO SOLO UN HIJO <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/> | | 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 213 | ¿Cuantos años tenía usted cuando nació su primer hijo(a)? | EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> | |

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) con alguna de sus parejas? |
| 01 | ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos. | SI..... 1 NO..... 2 | ¿Ha tenido usted una pareja que 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 | ¿Se ha hecho usted 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 | |
| 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 durante 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 | |
| 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 | 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 | 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 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A |
|-------|---|---|--------|
| 303 | <p>Ahora me gustaría preguntarle sobre el riesgo de embarazo que tiene la mujer.</p> <p>¿Considera usted que entre una menstruación y otra hay días en que la mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada?</p> | <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 305</p> <p>NO SABE..... 8 → 305</p> | |
| 304 | <p>¿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?</p> | <p>JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE 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</p> | |
| 305 | <p>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.</p> | <p>CORRECTA 1</p> <p>INCORRECTA..... 2</p> <p>NO SABE 8</p> | |

SECCIÓN 4. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CODIGOS | PASE A PREG |
|-------|---|--|------------------------------|
| 400 | PRESENCIA DE OTROS EN ESTE PUNTO | SI NO NIÑOS(AS) MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSA/COMPAÑERA..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2 | |
| 401 | ¿Actualmente, está usted casado o vive en unión con una mujer? | SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 → SI, VIVIENDO CON UNA MUJER..... 2 → NO, NO EN UNIÓN..... 3 | 405 405 |
| 402 | ¿Ha estado usted casado o unido alguna vez aunque haya sido por poco tiempo? | SI, ESTUVO CASADO..... 1 → SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 → NO..... 3 → | 406 406 406 |
| 405 | Aparte de la mujer que ha mencionado, ¿Actualmente, tiene usted alguna otra pareja sexual regular, ocasional, o no tiene otra pareja sexual? | OTRA PAREJA REGULAR 1 → OTRA PAREJA OCASIONAL 2 → OTRAS PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES..... 3 → NO TIENE OTRA PAREJA 4 → | 408A 408A 408A 408A |
| 406 | ¿Actualmente, tiene usted pareja sexual regular, ocasional, o no tiene pareja sexual? | SOLO PAREJA REGULAR 1 SOLO PAREJA OCASIONAL 2 PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES 3 NO TIENE PAREJA 4 | |
| 408 | ¿Cuál es su estado civil actual: viudo, separado o divorciado, soltero ? | VIUDO..... 1 SEPARADO..... 2 DIVORCIADO..... 3 SOLTERO 4 | 411 416 |
| 408A | ¿Su esposa/compañera vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte? | VIVE CON EL..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2 | 411 |
| 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". | NOMBRE: _____ No. ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 411 | ¿Ha estado usted casado o en unión libre con una mujer, sólo una vez o más de una vez? | UNA VEZ..... 1 → MÁS DE UNA VEZ..... 2 | 414 |
| 412 | En total, ¿con cuantas mujeres ha estado usted casado o en unión libre en toda su vida? | NUMERO DE MUJERES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 414 | VERIFIQUE 411: CASADO / UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="text"/> CASADO / UNIDO MÁS DE UNA VEZ: <input type="text"/> ↓ ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposa/compañera? En qué mes y año empezó a vivir con su primera esposa/ o compañera? | MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998 | 416 |
| 415 | ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con ella? | EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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)? | NUNCA HA TENIDO00 → EDAD EN AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95 | 448 |
| 416A | VERIFIQUE EDAD EN 106: 15-24 AÑOS <input type="text"/> ↓ 25-64 AÑOS <input type="checkbox"/> | | 417 |
| 416B | La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón? | SI..... 1 NO..... 2 | |
| 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" | DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> → | 445 |
| 418 | La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón? | SI..... 1 NO..... 2 → | 420 |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CODIGOS | PASE A PREG |
|-------|---|--|-------------|
| 419 | ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted usó condón esa vez? | PARA PROTEGERSE DEL SIDA 01 PARA PROTEGERSE DE UNA ITS 02 PARA EVITAR UN EMBARAZO 03 PARA PREVENIR AMBOS, VIH/SIDA Y EMBARAZO 04 NO CONFIABA EN SU PAREJA/PIENSA QUE ELLA TIENE OTRAS PAREJAS..... 05 SU PAREJA SE LO PIDIO/INSISTIO 06 OTRA 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | |
| 420 | VERIFIQUE SI ESTERILIZADO O NO EN 302 (02): NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> |  | 424 |
| 421 | VERIFIQUE 419 SI USO CONDON PARA PREVENIR EMBARAZO: USO CONDON (CODIGOS 03 Ó 04) <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS NO CODIGO MARCADO <input type="checkbox"/> ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer, usted o ella usaron algo además de condón para evitar un embarazo? ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer, usted o ella usaron algo para evitar un embarazo? | SI..... 1 NO..... 2 → 423 NO SABE/INSEGURO 8 → 424 | |
| 422 | ¿Qué método usaron para evitar un embarazo? SI USO MAS DE UN METODO, ANOTE EL QUE ESTE MAS ARRIBA EN LA LISTA | ESTERILIZACION FEMENINA 01 ESTERILIZACION MASCULINA 02 PASTILLAS/PILDORAS 03 DIU 04 INYECCION 05 IMPLANTES 06 CONDON FEMENINO 08 DIAFRAGMA 09 TABLETAS/OVULOS/ESPUMA/JALEA 10 → 424 MELA (METODO DE LACTANCIA Y AMENORREA) 11 RITMO O ABSTINENCIA PERIODICA 12 DÍAS FIJOS (COLLAR)..... 13 RETIRO 14 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | |
| 423 | VERIFIQUE EN 419 SI CONDON FUE UTILIZADO PARA PREVENIR EMBARAZO: OTRAS RESPUESTAS/ NO CODIGO MARCADO <input type="checkbox"/> | CONDON UTILIZADO <input type="checkbox"/> PARA PREVENIR EMBARAZO (CODIGOS 03/04) → 424 | |
| 423A | ¿Cuál fue la razón principal por la cual no usaron ningún método para evitar un embarazo? | NO ES MI RESPONSABILIDAD 11 PAREJA SEXUAL CASUAL 12 RAZONES DE FECUNDIDAD EN MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA..... 23 PAREJA SUBFERTIL/INFERTIL 24 PAREJA EMBARAZADA 25 PERIODO POSTPARTO/AMENORREICA..... 26 PAREJA AMAMANTANDO 27 QUIERE TENER (MAS) HIJOS 28 OPOSICION AL USO OPOSICION DE EL ENTREVISTADO 31 OPOSICION DE LA PAREJA 32 OPOSICION DE OTROS 33 RELIGION LO PROHIBE 34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE METODOS 41 NO SABE DONDE CONSEGUIRLO 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO RAZONES DE SALUD 51 MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 LEJANIA/ACCESO AL LUGAR 53 MUY COSTOSO 54 INCOMODO DE USAR 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL CUERPO 56 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98 | |

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

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

SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-------------------|--|---|---|--------------------------------|--|--|--|
| 501 | VERIFIQUE SI TIENE O NO PAREJA EN 401 Y 406: CASADO O UNIDO: 401= 1 Ó 2 CON PAREJA 406= 1, 2, Ó 3 <input type="checkbox"/> | OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> → 505 | 505 | | | | | | | | | |
| 502 | ¿Está su mujer/pareja actualmente embarazada? | SI..... 1 NO..... 2 INSEGURO..... 3 NO SABE..... 8 | | | | | | | | | | |
| 503 | <p>MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y PREGUNTE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) NO EMBARAZADA/INSEGURA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 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? </td> </tr> </table> | ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) NO EMBARAZADA/INSEGURA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? | ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 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? | TENER UN (OTRO) HIJO 1 NO MAS / NINGUNO 2 → 505 MUJER(ES) NO PUEDE(N) QUEDAR EMBARAZADA(S) 3 → 505 EL NO PUEDE TENER MAS HIJOS 4 → 505 INDECISO(S) / NO SABE 8 → 505 | 505 | | | | | | | |
| ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) NO EMBARAZADA/INSEGURA <input type="checkbox"/> Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? | ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 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? | | | | | | | | | | | |
| 504 | ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta el nacimiento de un (otro) hijo? | MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> PRONTO / AHORA 993 DESPUES DEL MATRIMONIO / UNION 995 OTRA 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998 | | | | | | | | | | |
| 505 | <p>VERIFIQUE 203 Y 205:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMERICA </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? </td> </tr> </table> | TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMERICA | NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? | NINGUNO 00 → 507 NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA 96 → 507 _____ (ESPECIFIQUE) | 507 | | | | | | | |
| TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> 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? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMERICA | NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? | | | | | | | | | | | |
| 506 | ¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo? | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">HOMBRE</td> <td style="text-align: center;">MUJER</td> <td style="text-align: center;">CUALQUIERA</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">OTRA 96 (ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table> | HOMBRE | MUJER | CUALQUIERA | NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | OTRA 96 (ESPECIFIQUE) | | | |
| HOMBRE | MUJER | CUALQUIERA | | | | | | | | | | |
| NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| OTRA 96 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | |

| 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? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERIÓDICOS / REVISTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | RADIO | 1 | 2 | TELEVISIÓN | 1 | 2 | PERIÓDICOS / REVISTAS | 1 | 2 | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | |
| RADIO | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| TELEVISIÓN | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| PERIÓDICOS / REVISTAS | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 EN EL CUIDADO DE LA SALUD

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORÍAS Y CÓDIGOS | PASE A PREG. |
|-------|--|--|--------------|
| 601 | VERIFIQUE 209: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> TIENE UNO O MAS HIJOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/> </div> | | 617 |
| 602 | ¿Cuál es el nombre y el sexo de su último hijo o hija? _____ (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA) | HOMBRE 1 MUJER..... 2 | |
| 603 | En qué mes y año nació (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)? | MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998 | |
| 606 | ¿Cuál es el nombre de la madre de (NOMBRE DEL NIÑO)? ANOTE EL NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO 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 NIÑO: _____ NUMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 607 | VERIFIQUE 603: (ULTIMO) HIJO NACIÓ EN ENERO DE 1998 O DESPUES <input type="checkbox"/> | (ULTIMO) HIJO NACIÓ ANTES DE ENERO 1998 <input type="checkbox"/> | 617 |
| 608 | VERIFIQUE 606: MADRE DEL (ULTIMO) HIJO NO VIVE EN EL HOGAR (CODIGO '00') <input type="checkbox"/> | MADRE DEL (ULTIMO) HIJO VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> | 613 |
| 609 | ¿Cuál es su relación con (NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A))? | ACTUALMENTE CASADOS/UNIDOS 01 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 | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CODIGOS | PASE A PREG. |
|-------|--|---|--------------------------------|
| 614 | VEA 602 Y 604: NOMBRE Y SI ESTA VIVO. NOMBRE _____ ⁶⁰⁴⁼¹ <input type="checkbox"/> | 604=2,8 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → 617 |
| 615 | ¿Vive (NOMBRE DEL NIÑO) con usted? | SI 1 NO 2 | <input type="checkbox"/> → 617 |
| 616 | ¿En su hogar, quién generalmente decide qué hacer si (NOMBRE DEL NIÑO) se enferma? INDAGUE: ¿Alguna más? ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS | EL ENTREVISTADO A LA MADRE DEL NIÑO..... B PARIENTE FEMENINO C PARIENTE MASCULINO D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NIÑO NUNCA SE ENFERMA Y | |
| 617 | Algunas veces una mujer embarazada puede presentar problemas que indicarían que puede haber una complicación del embarazo que podría provocar un aborto, pérdida o muerte de la madre o el niño. ¿Me puede decir cuáles son algunos de estos problemas? INDAGUE: ¿Algún otro problema? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS | SANGRADO VAGINAL A FIEBRE ALTA B DOLOR ABDOMINAL C HINCHAZON DE LAS MANOS Y LOS PIES .. D TRABAJO DE PARTO DIFICIL POR MAS DE 2 HORAS E CONVULSIONES F OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO CONOCE NINGUN PROBLEMA Z | |
| 618 | Cuando un niño o niña tiene diarrea ¿Se le debe dar menos cantidad de líquidos que de costumbre, la misma cantidad, o más líquido que de costumbre? | MENOS CANTIDAD..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MAS CANTIDAD 3 NO SABE 8 | |
| 619 | ¿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 | |

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 _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) 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? | <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SABE</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table> | | | SI | NO | SABE | DURANTE EL EMBARAZO..... | 1 | 2 | 8 | | DURANTE EL PARTO..... | 1 | 2 | 8 | | DURANTE LA LACTANCIA..... | 1 | 2 | 8 | | |
| | | SI | NO | SABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURANTE EL EMBARAZO..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURANTE EL PARTO..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURANTE LA LACTANCIA..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>DE ACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EN LA RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN LA TV.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN PERIODICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | DE ACUERDO | EN DESACUERDO | EN LA RADIO..... | 1 | 2 | EN LA TV..... | 1 | 2 | EN PERIODICO..... | 1 | 2 | |
| | DE ACUERDO | EN DESACUERDO | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ENSEÑANDO EN LA ESCUELA... 1 NO DEBE SEGUIR ENSEÑANDO 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 723A | ¿A qué lugar fue usted a hacerse la prueba del SIDA? | CENTRO O PUESTO DE SALUD PUBLICO..... 15 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA. POLICLINICO/POLICONSULTORIO/CONSULTORIO 16 CAJAS DE SEGURO..... 17 DISPENSARIO PUBLICO 18 LABORATORIO PRIVADO 19 FUNDACION / PATRONATO 20 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | ¿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 ULCERAS/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 | |
| 726 | ¿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 | |
| 727 | VERIFIQUE 416 SI TUVO RELACIONES SEXUALES: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/> | | 737 |
| 727A | VERIFIQUE EN 724 SI HA OIDO HABLAR DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL: HA OIDO DE ITS <input type="checkbox"/> NO HA OIDO <input type="checkbox"/> | | 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 | VERIFIQUE 728, 729, 730: HA TENIDO ALGUNA INFECCION <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO INFECCION <input type="checkbox"/> | | 737 |

732

| 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 | <p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</p> <p align="center">PRESENCIA DE OTROS:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SI</td> <td align="right">NO</td> </tr> <tr> <td>NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO/COMPAÑERO.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/></p> | | SI | NO | NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... | 1 | 2 | ESPOSO/COMPAÑERO..... | 1 | 2 | OTROS HOMBRES..... | 1 | 2 | OTRAS MUJERES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPOSO/COMPAÑERO..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS HOMBRES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS MUJERES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 801 | <p>LEA AL ENTREVISTADO</p> <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 802 | <p>VERIFIQUE PREGUNTA 401 Y 402 ESTADO CONYUGAL DEL ENTREVISTADO</p> <p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposa o conviviente, su novia o enamorada</p> <p>ESPOSA/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NOVIA O ENAMORADA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/></p> | | 828 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 803 | <p>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, sólo algunas veces o nunca.</p> <p>A ¿Su (PAREJA) le ha acusado de serle infiel?</p> <p>B ¿Su (PAREJA) trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia?</p> <p>C ¿Su (PAREJA) se expresa en términos como "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres un bruto" "mi mamá me hacía mejor las cosas"?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI, A MENUDO</td> <td align="center">SI, ALGUNAS VECES</td> <td align="center">NO, NUNCA</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table> | | SI, A MENUDO | SI, ALGUNAS VECES | NO, NUNCA | A | 1 | 2 | 3 | B | 1 | 2 | 3 | C | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | |
| | SI, A MENUDO | SI, ALGUNAS VECES | NO, NUNCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 803A | <p>VERIFIQUE 803:</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p> <p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p> | | 805 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 804 | <p>Estas situaciones se han presentado ¿a solas o en presencia de otras personas?</p> | <p>A SOLAS..... 1</p> <p>EN PRESENCIA OTRAS PERSONAS..... 2</p> <p>AMBAS..... 3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 805 | <p>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:</p> <p>A ¿Lo ha empujado o jaloneado, a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>B ¿Lo ha golpeado con la mano o con el pie a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>C ¿Lo ha golpeado con un objeto duro a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>E Lo ha tratado de estrangularle o quemarle a menudo, algunas veces o nunca?</p> <p>F ¿Lo ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería a menudo, algunas veces o nunca?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI, A MENUDO</td> <td align="center">SI, ALGUNAS VECES</td> <td align="center">NO, NUNCA</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table> | | SI, A MENUDO | SI, ALGUNAS VECES | NO, NUNCA | A | 1 | 2 | 3 | B | 1 | 2 | 3 | C | 1 | 2 | 3 | E | 1 | 2 | 3 | F | 1 | 2 | 3 | |
| | SI, A MENUDO | SI, ALGUNAS VECES | NO, NUNCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 806 | <p>VERIFIQUE 805</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 <input type="checkbox"/></p> <p>TODOS CODIGO 3 <input type="checkbox"/></p> | | 811 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 807 | <p>Como resultado de estas agresiones:</p> <p>A ¿Tuvo miedo o temores constantes a la reacción de su pareja?</p> <p>B ¿Tuvo moretones y dolores en el cuerpo?</p> <p>C ¿Tuvo alguna herida o hueso quebrado?</p> <p>D ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</p> <p>E ¿Faltó a su trabajo?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NR</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table> | | SI | NO | NR | A | 1 | 2 | 8 | B | 1 | 2 | 8 | C | 1 | 2 | 8 | D | 1 | 2 | 8 | E | 1 | 2 | 8 | |
| | SI | NO | NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PREG. | PREGUNTAS Y FILTROS | CATEGORIAS Y CODIGOS | PASE A | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|------------|----|----|----|--------------|---|---|---|------------|---|---|---|--|
| 808 | VERIFIQUE 807: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> | NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> | 813 | | | | | | | | | | | | |
| 808A | Cuando fue agredido por su pareja, generalmente ésta: ¿Había consumido alcohol? ¿Había consumido droga? | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ALCOHOL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DROGA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | NS | ALCOHOL..... | 1 | 2 | 8 | DROGA..... | 1 | 2 | 8 | |
| | SI | NO | NS | | | | | | | | | | | | |
| ALCOHOL..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | |
| DROGA..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | PARIANTES HOMBRES..... A PARIANTES MUJERES..... B NO PARIANTES HOMBRES..... C NO PARIANTES MUJERES..... D OTRA..... X (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | |
| 813 | VERIFIQUE: 803 Y 805 AL MENOS UN CODIGO 1 O 2 <input type="checkbox"/> | TODO 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 | PARIANTES HOMBRES..... A PARIANTES MUJERES..... B NO PARIANTES HOMBRES..... C NO PARIANTES 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 MERECE 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 | ¿Quién lo forzó a tener relaciones sexuales? MARQUE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS: INDAGUE: ¿Alguien más? | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 821 | Cuando lo han forzado sexualmente, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para denunciar la agresión? SI LA RESPUESTA ES "SI", PREGUNTE: ¿a cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? | 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 → 823 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 822 | El agresor(a), ¿recibió alguna sanción como multas, arrestos, trabajo comunitario o terapia psicológica? | MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLOGICA..... D NINGUNA..... Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 823 | ¿Sabe Ud. si su padre golpeaba a su madre? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 824 | VERIFIQUE 615 SI 615=1 <input type="checkbox"/> ULTIMO HIJO(A) VIVE CON EL SI 615=2; O SI NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/> → 828 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 825 | ¿Quién castiga (castigaba) a su hijo(a) en el hogar? INDAGUE: ¿Alguien más? | MADRE BIOLOGICA..... A PADRE BIOLOGICO..... B MADRASTRA C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LO CASTIGAN..... Y → 828 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 826 | SI 825= A <input type="checkbox"/> SI 825=B <input type="checkbox"/> SI 825=C,X <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 827 | <table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">A. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos(as)?</td> <td style="width:33%; text-align: center;">B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)?</td> <td style="width:33%; text-align: center;">C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)?</td> </tr> <tr> <td>PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A</td> <td>..... A</td> <td>..... A</td> </tr> <tr> <td>JALON DE OREJAS B</td> <td>..... B</td> <td>..... B</td> </tr> <tr> <td>GOLPES DE PUÑO O PIE C</td> <td>..... C</td> <td>..... C</td> </tr> <tr> <td>GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D</td> <td>..... D</td> <td>..... D</td> </tr> <tr> <td>GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E</td> <td>..... E</td> <td>..... E</td> </tr> <tr> <td>GRITOS/ INSULTOS F</td> <td>..... F</td> <td>..... F</td> </tr> <tr> <td>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G</td> <td>..... G</td> <td>..... G</td> </tr> <tr> <td>PRIVANDOLOS DE ALIMENTACION H</td> <td>..... H</td> <td>..... H</td> </tr> <tr> <td>DEJANDOLOS ENCERRADOS I</td> <td>..... I</td> <td>..... I</td> </tr> <tr> <td>IGNORANDOLOS J</td> <td>..... J</td> <td>..... J</td> </tr> <tr> <td>PONIENDOLES MAS TRABAJO K</td> <td>..... K</td> <td>..... K</td> </tr> <tr> <td>DEJANDOLOS FUERA DE CASA L</td> <td>..... L</td> <td>..... L</td> </tr> <tr> <td>ECHANDOLES AGUA M</td> <td>..... M</td> <td>..... M</td> </tr> <tr> <td>QUITANDOLES LA ROPA..... N</td> <td>..... N</td> <td>..... N</td> </tr> <tr> <td>QUITANDOLES EL APOYO ECONOMICO..... O</td> <td>..... O</td> <td>..... O</td> </tr> <tr> <td>OTRA:..... X</td> <td>..... X</td> <td>..... X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table> | | | A. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos(as)? | B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)? | C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)? | 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 | (ESPECIFIQUE) | (ESPECIFIQUE) | (ESPECIFIQUE) | |
| A. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos(as)? | B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos(as)? | C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos(as)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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> | PALMADAS/ SOPAPOS/ LAPOS A JALON DE OREJAS B GOLPES DE PUÑO O PIE C GOLPES DE CHICOTE/ CORREA/ PALO D GOLPES DE MANGUERA/ SOGA E GRITOS/ INSULTOS F PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA G PRIVANDOLE DE ALIMENTACION H DEJANDOLE ENCERRADA I IGNORANDO..... J PONIENDOLE MAS TRABAJO K DEJANDOLE FUERA DE CASA L ECHANDOLE AGUA M QUITANDOLE LA ROPA..... N QUITANDOLE EL APOYO ECONOMICO..... O OTRA X (ESPECIFIQUE) NO LO CASTIGABAN..... Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 border="1"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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> | A MENUDO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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? SO ES "SI": ¿En la casa, fuera de la casa o en cualquier parte?</p> <p>Si ES "NO", MARQUE "NO ACEPTA"</p> | NO ACEPTA 1 EN LA CASA 2 FUERA DE LA CASA 3 EN CUALQUIER PARTE 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ESPOSO/ COMPAÑERO</th> <th>ESPOSA/ COMPAÑERA</th> <th>AMBOS IGUAL</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | ESPOSO/ COMPAÑERO | ESPOSA/ COMPAÑERA | AMBOS IGUAL | NO SABE | A | 1 | 2 | 3 | 8 | B | 1 | 2 | 3 | 8 | C | 1 | 2 | 3 | 8 | D | 1 | 2 | 3 | 8 | E | 1 | 2 | 3 | 8 | F | 1 | 2 | 3 | 8 | |
| | ESPOSO/ COMPAÑERO | ESPOSA/ COMPAÑERA | AMBOS IGUAL | NO SABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 1 | 2 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 1 | 2 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 1 | 2 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 1 | 2 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 1 | 2 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | 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 MÓDULO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA 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 | | | | |