

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 usted. 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 2003 y este año, ¿vivía en otro lugar?	SI 1 → 104B 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"/> MUNICIPIO <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 → 111 NO..... 2 → 111	
108	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó en primaria, secundaria, normal, policia, militar o universitaria?	NIVEL CURSO PRIMARIA 1 <input type="text"/> SECUNDARIA 2 <input type="text"/> NORMAL/POLICIA/MILITAR 3 <input type="text"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA 4 <input type="text"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO 5 <input type="text"/>	110
109	¿Cuántos años tenía usted cuando aprobó ese último curso?	EDAD AL APROBAR <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RESPONDE 98	
110	VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO ó 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)	

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 deportivas por 10 minutos o más: A ¿Levantar cosas pesadas? B ¿Manejar bicicleta ? C ¿Caminar rápidamente? D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? E ¿Subir gradas o pendientes? F ¿Bailar? X ¿Alguna otra?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEVANTAR COSAS PESADAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MANEJAR BICICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CAMINAR RÁPIDAMENTE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BAILAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2	MANEJAR BICICLETA.....	1	2	CAMINAR RÁPIDAMENTE.....	1	2	REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....	1	2	SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2	BAILAR.....	1	2	OTRA.....	1	2	
	SI	NO																									
LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2																									
MANEJAR BICICLETA.....	1	2																									
CAMINAR RÁPIDAMENTE.....	1	2																									
REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....	1	2																									
SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2																									
BAILAR.....	1	2																									
OTRA.....	1	2																									
118	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades deportivas por 10 minutos o más?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 NINGUN DÍA 4	→120 →120																								
119	Durante la última semana ¿diariamente cuánto tiempo realizó actividades deportivas?	10 A 30 MINUTOS 1 DE 31 MINUTOS A UNA HORA 2 MÁS DE 1 HORA 3 NADA O MENOS DE 10 MINUTOS 4																									
120	¿Cuántas horas pasa sentada diariamente ? ANOTE EL NUMERO DE HORAS SI MENOS DE 10. CIRCULE EL CODIGO 10 SI 10 HORAS O MAS	Número de horas <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 10 HORAS O MAS..... 10																									
121	¿Usted cree que realizar actividades deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2																									
122	A ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? B ¿Tiene miedos sin que haya motivo ? C ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias? D ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? E ¿Llora con facilidad? F ¿Se asusta fácilmente? G ¿Se siente cansada todo el tiempo?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LLORA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ASUSTA CON FACILIDAD.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	1	2	MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2	DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2	DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2	LLORA CON FACILIDAD.....	1	2	ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2	SIENTE CANSADA TODO EL TIEMPO.....	1	2	
	SI	NO																									
DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	1	2																									
MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2																									
DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2																									
DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2																									
LLORA CON FACILIDAD.....	1	2																									
ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2																									
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	¿Usted toma bebidas alcohólicas? SI ES NO: INDAGUE: ¿No toma o toma poco?	TOMA CON FRECUENCIA..... 1 TOMA POCO..... 2 NO TOMA..... 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? SI ES NO: INDAGUE: ¿No fuma o fuma poco?	FUMA CON FRECUENCIA..... 1 FUMA POCO 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																									

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

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"/> HIJAS EN CASA <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"/> HIJAS FUERA <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez dió 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"/> HIJAS MUERTAS <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"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <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		
209A	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226		
209B	¿Estudiaba usted antes de tener su primer hijo?	SI..... 1 NO..... 2	
209C	¿Estudiaba usted después de tener su primer hijo?	SI..... 1 NO..... 2	
209D	VEA SI 209B = 1 Y 209C = 2 <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS EN 209B Y 209C <input type="checkbox"/> → 211		
210	¿Cuál es la razón por la que dejó de estudiar? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CUIDADO DEL NIÑO/ HOGAR..... A TRABAJO..... B EL ESPOSO NO QUERÍA..... C OTRAS RAZONES..... X (ESPECIFIQUE)	

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 I M I E N T O	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
	¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo), (tercer), etc. Hijo(a)?	¿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"	SI ESTÁ VIVO	¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?	SI ESTÁ VIVO	SI ESTÁ MUERTO
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

ORDEN DEL NAC.	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)	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 ó MÁS AÑOS.				
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												
223A	VERIFIQUE:	PARA CADA NACIMIENTO: PARA CADA HIJO VIVO: PARA CADA HIJO MUERTO:	SI ANOTÉ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.215) SI ANOTÉ LA EDAD ACTUAL (P.217) SI ANOTÉ LA EDAD AL MORIR (P.220)										
223B	VEA 220: PARA CADA HIJO MUERTO CUYA EDAD AL MORIR ANOTÉ 12 EN MESES O 01 EN AÑOS. ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE. SI NO HAY, PASE A 224.	1. _____ 2. _____ 3. _____											
223C	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? CORRIJA 220 PARA (NOMBRE) SI ES NECESARIO.	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>									<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
224	VERIFIQUE 215, CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DE 2003 Y ANOTE EN LA CASILLA EL NRO.TOTAL DE ESTOS NACIMIENTOS: <input type="checkbox"/> SI NO HAY, ANOTE "0" Y PASE A 226.												
225	PARA CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2003 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".												

REG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8 →	229 229
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES [][]	
227A	ESCRIBA "E" EN EL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2 →	238
230	¿En qué mes y año terminó, abortó o nació muerto el último de estos embarazos?	MES [][] AÑO [][][][]	
230A	¿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 PÉRDIDA 4	
231	VERIFIQUE 230; ÚLTIMA TERMINACIÓN OCURRIÓ EN 2003 O DESPUÉS ÚLTIMA TERMINACIÓN EN 2003 O DESPUÉS [] ↓	ÚLTIMA TERMINACIÓN ANTES DE 2003 [] →	238
232	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó el último embarazo (pérdida, aborto, nacido muerto)? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES [][]	
232A	ESCRIBA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ EL EMBARAZO Y "E" EN CADA MES ANTERIOR A LA TERMINACIÓN		
233	¿Ha tenido usted algún otro embarazo que haya terminado en pérdida, aborto o nacido muerto después de enero de 2003?	SI..... 1 NO..... 2 →	238
234	PREGUNTE LA FECHA Y LA DURACIÓN PARA CADA UNO DE ESOS EMBARAZOS POSTERIORES A ENERO DE 2003 PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TERMINÓ 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 2003?	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 2003?	MES [][] AÑO [][][][]	
237	¿Cuántos meses duró ése embarazo que terminó antes de enero de 2003? REGISTRE EL NÚMERO DE MESES COMPLETOS	MESES [][]	
237A	¿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 2003 NACIDOS VIVOS O TERMINACIONES [] ↓ ESTA EMBARAZADA [] ↓ OTRAS CONDICIONES [] →		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 DEL PARTO O TERMINACION.... 1 2 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																								
240D	VEA 240 ALGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	251																																																																								
241	<p>Qué tipo de problema de salud tuvo:</p> <p>A ¿Dolor de cabeza fuera de lo normal?</p> <p>B ¿Visión borrosa o como estrellitas?</p> <p>C ¿Presión arterial elevada?</p> <p>D ¿Ataques o convulsiones?</p> <p>E ¿Pérdida de la conciencia?</p> <p>F ¿Fiebre o calentura?</p> <p>G ¿Infección en la matriz?</p> <p>H ¿Flujo vaginal maloliente, con ardor y/o olor?</p> <p>I ¿Dolor o ardor al orinar?</p> <p>J ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales antes del parto o aborto?</p> <p>K ¿Pérdida de sangre o hemorragia por los genitales después del parto o aborto?</p> <p>L ¿La placenta no podía salir?</p> <p>M ¿Desgarros genitales en el parto?</p> <p>N ¿El bebé estaba mal acomodado?</p> <p>O ¿El parto duró más de 12 horas?</p> <p>P ¿Se rompió la bolsa de agua antes de que comiencen los dolores de parto?</p> <p>X Otro no mencionado?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ATAQUES O CONVULSIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FIEBRE O CALENTURA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DOLOR O ARDOR AL ORINAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PÉRDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PÉRDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BEBÉ MAL ACOMODADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	NS/NR	DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....	1	2	8	VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....	1	2	8	PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....	1	2	8	ATAQUES O CONVULSIONES.....	1	2	8	PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....	1	2	8	FIEBRE O CALENTURA.....	1	2	8	INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....	1	2	8	FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR.....	1	2	8	DOLOR O ARDOR AL ORINAR.....	1	2	8	PÉRDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO.....	1	2	8	PÉRDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.....	1	2	8	LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....	1	2	8	DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....	1	2	8	BEBÉ MAL ACOMODADO.....	1	2	8	PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....	1	2	8	SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO.....	1	2	8	OTRO.....	1	2	8	
	SI	NO	NS/NR																																																																								
DOLOR DE CABEZA FUERA DE LO NORMAL.....	1	2	8																																																																								
VISIÓN BORROSA (O COMO ESTRELLITAS).....	1	2	8																																																																								
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA.....	1	2	8																																																																								
ATAQUES O CONVULSIONES.....	1	2	8																																																																								
PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.....	1	2	8																																																																								
FIEBRE O CALENTURA.....	1	2	8																																																																								
INFECCIÓN EN LA MATRIZ.....	1	2	8																																																																								
FLUJO VAGINAL MALOLIENTE, CON ARDOR.....	1	2	8																																																																								
DOLOR O ARDOR AL ORINAR.....	1	2	8																																																																								
PÉRDIDA DE SANGRE ANTES DEL PARTO O ABORTO.....	1	2	8																																																																								
PÉRDIDA DE SANGRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.....	1	2	8																																																																								
LA PLACENTA NO PODÍA SALIR.....	1	2	8																																																																								
DESGARROS GENITALES EN EL PARTO.....	1	2	8																																																																								
BEBÉ MAL ACOMODADO.....	1	2	8																																																																								
PARTO DURÓ MÁS DE 12 HORAS.....	1	2	8																																																																								
SE ROMPIÓ BOLSA ANTES DEL PARTO.....	1	2	8																																																																								
OTRO.....	1	2	8																																																																								
242	¿Buscó algún tipo de ayuda o atención para esos problemas?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	244																																																																								
243	<p>Buscó atención o ayuda:</p> <p>A ¿Del personal de un servicio de salud?</p> <p>B ¿De personas de la comunidad que saben (partera, jampiri/qolliri)?</p> <p>C ¿De amigos, vecinos o familiares, esposo?</p> <p>D ¿Se atendió usted misma?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL DE SALUD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA, JAMPIRI/QOLLIRI).....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ELLA SOLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	PERSONAL DE SALUD.....	1	2	8	PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA, JAMPIRI/QOLLIRI).....	1	2	8	AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR.....	1	2	8	ELLA SOLA.....	1	2	8																																																					
	SI	NO	NS																																																																								
PERSONAL DE SALUD.....	1	2	8																																																																								
PERSONAS DE LA COMUNIDAD (PARTERA, JAMPIRI/QOLLIRI).....	1	2	8																																																																								
AMIGOS, VECINOS, ESPOSO, FAMILIAR.....	1	2	8																																																																								
ELLA SOLA.....	1	2	8																																																																								
243E	VEA : PREG. 243D = 1 <input type="checkbox"/>	<p>PREG. 243A = 1 <input type="checkbox"/></p> <p>PREG. 243B = 1 <input type="checkbox"/></p> <p>PREG. 243C = 1 <input type="checkbox"/></p> <p>OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/></p>	247 245 246																																																																								
244	<p>¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda?</p> <p>SI MENCIONA VARIAS SONDEAR PARA DETERMINAR LA RAZÓN PRINCIPAL</p>	<p>ELLA NI LA FAMILIA SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA..... 01</p> <p>NO ERA NECESARIO..... 02</p> <p>NO SABÍAN (NO SABÍA) DÓNDE ACUDIR..... 03</p> <p>ERA DE NOCHE..... 04</p> <p>NO HABÍA CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS..... 05</p> <p>NO TENÍA DINERO..... 06</p> <p>ESTABA SOLA / NO HABÍA QUIEN LA ACOMPAÑE..... 07</p> <p>OTRA RAZÓN..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																																									
245	<p>¿Por qué no pensó acudir a un servicio de salud?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna otra razón más?</p>	<p>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... A</p> <p>SABEMOS QUE TRATAN MAL..... B</p> <p>NO RESUELVEN LOS PROBLEMAS..... C</p> <p>EL SERVICIO ES CARO..... D</p> <p>NO PENSÓ/PENSAMOS EN ESA POSIBILIDAD..... E</p> <p>OTRA RAZÓN..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																																									
246	<p>¿Qué hizo o qué tipo de ayuda o tratamiento recibió?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna otra ayuda o tratamiento más?</p>	<p>MASAJES..... A</p> <p>MANTEO..... B</p> <p>MATES CASEROS..... C</p> <p>INYECCIONES..... D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>TABLETAS O PASTILLAS..... E</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SAHUMERIO..... F</p> <p>BAÑOS DE HIERBAS..... G</p> <p>OTRA AYUDA O TRATAMIENTO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUNO/NADA..... Y</p>	250																																																																								
247	<p>¿Tuvo alguna dificultad para llegar hasta el Servicio de Salud?</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI', PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD..... 1</p> <p>FALTA DE TRANSPORTE..... 2</p> <p>MAL ESTADO DE LOS CAMINOS..... 3</p> <p>EL SERVICIO DE SALUD QUEDA LEJOS..... 4</p> <p>OTRA DIFICULTAD..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																																									
248	¿Cuál fue el principal problema que tuvo en el servicio de salud cuando recibió la atención?	<p>NINGUNO..... 01</p> <p>TARDARON EN ATENDERNOS..... 02</p> <p>NOS TRATARON MAL..... 03</p> <p>NO HABÍA PERSONAL..... 04</p> <p>NO HABÍA MEDICINAS/SANGRE/ INSTRUMENTAL/CAMAS..... 05</p> <p>NO QUISIERON ATENDERNOS..... 06</p> <p>NOS ENVIARON A OTRO SERVICIO DE SALUD..... 07</p> <p>OTRO PROBLEMA..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																																									

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

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

301 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.			
301A	<p>¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar?</p> <p>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</p> <p>- PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE:</p> <p>¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)? LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO.</p> <p>- ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTÍNUÉ CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.</p>	302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO)?	
01	<p>ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</p> <p>Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
02	<p>ESTERILIZACIÓN/ OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)</p> <p>Los hombres pueden someterse a una operación para no tener más hijos.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>¿Ha tenido una pareja (esposo) que se ha hecho operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
03	<p>PÍLDORAS/PASTILLAS (MÉTODOS ORALES)</p> <p>Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
04	<p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
05	<p>INYECCIONES PARA NO TENER HIJOS (DEPO - PROVERA)</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
06	<p>IMPLANTES O NORPLANT</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
07	<p>CONDÓN (PRESERVATIVO)</p> <p>Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
08	<p>TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES)</p> <p>La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
09	<p>MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)</p> <p>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.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
10	<p>RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS</p> <p>Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
11	<p>MÉTODO DEL COLLAR (DÍAS FIJOS)</p> <p>El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas son los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que puede tener relaciones.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
12	<p>RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)</p> <p>Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
13	<p>ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</p> <p>Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
14	<p>OTRO MÉTODO</p> <p>¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?</p>	<p>SI 1</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>_____</p> <p>NO 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
301B	PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301A.		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
303	VERIFIQUE EN 302 SI HA USADO ALGUNA VEZ: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/>	POR LO MENOS UN "SI" (HA USADO ALGUNA VEZ) <input type="checkbox"/>	307
304	¿Ha usado usted o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	306
305	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		
305A	PASE A → 333		
306	¿Qué ha usado o qué ha hecho? CORRIJA 302 - 303 (Y 301A 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. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía usted en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS(AS)	
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"/>	322
310	¿Actualmente está usted o su marido haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	322
311	¿Qué métodos está(n) usando? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LOS MENCIONADOS 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 PÍLDORAS/PASTILLAS..... C DIU..... D INYECCIONES..... E IMPLANTE O NORPLANT..... F CONDÓN..... G TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... H MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... I RITMO..... J MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR)..... K RETIRO..... L OTRO MÉTODO..... X (ESPECIFIQUE)	316 316 315 315 315 315 319A 319A 319A 319A 319A
311A	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA LETRA "A" PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
314	Cuántos (ciclos de píldoras/paquetes de condones) obtuvo la última vez?	NÚMERO DE CICLOS/PAQUETES NO SABE 998	
315	La última vez que obtuvo (MÉTODO MÁS ALTO EN LA LISTA EN 311), ¿Cuánto pagó en total incluyendo costo del método y consulta?	COSTO GRATIS 99 95 NO SABE 99 98	319A 319A 319A
316	¿Dónde tuvo lugar la esterilización? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO..... 25 (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317	VERIFIQUE 311/311A CÓDIGO 'A' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 'B' MARCADO <input type="checkbox"/> 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?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
318	¿Cuánto pagó usted (su esposo/compañero) en total por la esterilización incluyendo el costo del método y la consulta?	COSTO <input type="text"/> CUBIERTO POR EL SEGURO9990 GRATIS9995 NO SABE..... 9998	
319 319A	¿En qué fecha (MES Y AÑO) la(o) operaron/esterilizaron? ¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez? SONDEE: ¿Por cuánto tiempo ha estado usando (MÉTODO) en forma ininterrumpida?	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
320	VERIFIQUE EN 319/319A, 215 Y 230 SI APARECE UN NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO DESPUES DEL MES DEL COMIENZO DEL USO DE ANTICONCEPCION NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → REGRESE A 319/319A. SONDEE Y REGISTRE EL MES Y AÑO DEL USO CONTINUO DEL MÉTODO ACTUAL (DEBE SER DESPUÉS DEL ÚLTIMO NACIMIENTO O TERMINACIÓN DE EMBARAZO)		
321	VERIFIQUE 319/319A: EL AÑO ES 2003 O ANTES <input type="checkbox"/> EL AÑO ES 2003 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DEL 2003 ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN EL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO DESPUÉS PASE A → 331 DESPUÉS PASE A → 322		
322	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su compañero ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DEL 2003. USE LOS NOMBRES DE LOS(AS) HIJOS(AS), FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. ANOTE EN EL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO, ó '0' PARA NO USO EN CADA MES EN BLANCO PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: ¿Cuándo fue la última vez que usted usó un método? ¿Qué método fue ese? ¿Cuándo empezó usted a usar ese método? ¿Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? ¿Por cuánto tiempo usó el método entonces?		
323	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	NO CÓDIGOS MARCADOS..... 00 → 333 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 326 ESTERILIZACIÓN MASCULINA 02 → 335 PILDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 → 324A RITMO..... 10 → 324A MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 11 → 324A RETIRO..... 12 → 335 OTRO MÉTODO: 96 → 335 (ESPECIFIQUE)	
324 324A	¿Dónde obtuvo, la primera vez, (MÉTODO ACTUAL) que está usando actualmente? ¿Dónde aprendió sobre el MELA/Ritmo/Collar? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL O CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI)..... 32 FARMACIA..... 33 AMIGO/FAMILIAR..... 34 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
325	<p>VERIFIQUE 311 Y 311A:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	PÍLDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 → 332 TABLETA/ ÓVULO/ ESPUMA/ JALEA..... 08 → 329 MELA (LACTANCIA/ AMENORREA)..... 09 → 335 RITMO..... 10 → 335 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 11 → 335	
326	<p>Usted consiguió (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) en (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 316 O 324) en (FECHA DE PREGUNTA 319/319A).</p> <p>¿En ese momento, alguien le informó sobre los efectos secundarios o problemas que podría tener por causa del método?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
327	<p>¿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?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
328	<p>¿Alguien le dijo qué hacer en el caso que tuviera efectos secundarios o algún problema?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
329	<p>VERIFIQUE 326</p> <p>CÓDIGO '1' MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p>En ese momento, ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p> <p>CÓDIGO '1' NO MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p>Cuando obtuvo (MÉTODO ACTUAL DE PREGUNTA 323) de (FUENTE DE MÉTODO EN PREGUNTAS 316 O 324) ¿Le informaron de otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p>	SI..... 1 → 331 NO..... 2 NO SABE..... 8	
330	<p>¿En algún momento un trabajador de salud o de planificación familiar le informó sobre otros métodos de planificación familiar que podría usar?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
331	<p>VERIFIQUE 311/311A:</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE:</p> <p>SI MENCIONÓ VARIOS EN 311/311A CIRCULE EL CÓDIGO DEL MÉTODO QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA</p>	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 335 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 335 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT 06 CONDÓN..... 07 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA/ AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) 11 → 335 RETIRO..... 12 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	
332	<p>¿Dónde consiguió (MÉTODO) la última vez?</p> <p>SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____ NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) <p>SECTOR PRIVADO</p> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 → 335 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO..... 25 (ESPECIFIQUE) <p>OTRO</p> PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD 31 MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPURI/ QOLLIRI)..... 32 FARMACIA..... 33 AMIGO/FAMILIAR..... 34 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
333	¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 335
334	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
335	¿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	
336	¿En los últimos 12 meses ha visitado algún establecimiento de salud para el cuidado de su salud y la de su(s) hijo(s)?	SI..... 1 NO..... 2	→ 401
337	¿Alguien de ese establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

401	VERIFIQUE 224: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2003 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2003 <input type="checkbox"/> → PASE A 581																																	
402	VERIFIQUE EN 215 LOS(AS) NIÑOS(AS) NACIDOS DESDE ENERO DEL 2003: ANOTE EN EL CUADRO EL NÚMERO DE ORDEN, EL NOMBRE, Y LA CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2003 COMIENDE 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: PARA LOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2003, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> DE HISTORIA DE NACIMIENTO NOMBRE <input type="text"/>																															
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="text"/> (PASE A 407) ← MÁS ADELANTE..... 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 407) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 432) ← MÁS ADELANTE..... 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 432) ←	EN ESE MOMENTO..... 1 <input type="text"/> (PASE A 432) ← MÁS ADELANTE..... 2 <input type="text"/> NO MÁS HIJOS..... 3 <input type="text"/> (PASE A 432) ←																															
406	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998	MESES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE.....998																															
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE), ¿Hizo control prenatal?	SI..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> (PASE A 414) ←																																	
407A	¿Quién le hizo el control prenatal? SONDEE: ¿Alguien más? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A ENFERMERA..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C PARTERA..... D FAMILIAR/AMIGA..... E OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																																	
408	¿Dónde realizó el control prenatal para este embarazo? SONDEE: ¿Algún otro sitio? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE NOMBRE <input type="text"/>	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M DOMICILIO ENTREVISTADA..... O OTRO DOMICILIO..... P OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																																	
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando hizo su primer control prenatal?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																	
410	¿Cuántos controles prenatales hizo durante el embarazo de (NOMBRE)?	N° DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 98																																	
411	Al menos en uno de los controles prenatales, le hicieron algo de lo siguiente:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿La pesaron?</td> <td>PESARON..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿La midieron (talla)?</td> <td>LA MIDIERON..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Le tomaron la presión arterial?</td> <td>PRESIÓN ARTERIAL..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>¿Le hicieron un examen de orina?</td> <td>EXAMEN DE ORINA..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Le hicieron un examen de sangre?</td> <td>EXAMEN DE SANGRE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>¿Le midieron la barriga?</td> <td>BARRIGA..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>¿Le escucharon los latidos del corazón al bebé?</td> <td>LATIDOS DEL CORAZÓN AL BEBÉ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>				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 DEL CORAZÓN AL BEBÉ..... 1	2
	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 DEL CORAZÓN AL BEBÉ..... 1	2																																

	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 _____
412	En alguno de sus controles prenatales, ¿Alguien le informó acerca de los síntomas o complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 414) ←		
413	¿Le dijeron dónde ir en caso de que se le presentara alguna complicación con el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8		
414	Cuando usted estuvo embarazada de (NOMBRE), ¿Le pusieron alguna vacuna en el brazo para evitar que al bebé le diera tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 417) ←		
415	Durante ese embarazo ¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antitetánica? SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
416	VERIFIQUE EN 415: NÚMERO DE VACUNAS	2 O MÁS VECES <input type="text"/> OTRA <input type="text"/> (PASE A 421)		
417	¿En algún momento antes de este embarazo le pusieron una vacuna antitetánica para protegerla?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 421) ←		
418	¿Cuántas vacunas antitetánicas recibió antes del embarazo de (NOMBRE)? SI 7 O MÁS, REGISTRE 7	VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8		
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna antitetánica antes del embarazo de (NOMBRE)? SOLICITE QUE LE MUESTRE EL CARNÉ	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 9998 (PASE A 421) ←		
420	¿Cuántos años antes del embarazo de (NOMBRE) recibió usted la última vacuna antitetánica?	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durante este embarazo, ¿Tomó tabletas de hierro ? MUESTRE TABLETAS	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 425) ←		
422	¿Cuántas tabletas de hierro tomo? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE EL NÚMERO DE DÍAS APROXIMADO.	NRO. TABLETAS ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 998		
424	Durante este embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver durante el día?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
425	Durante este embarazo, ¿Tuvo usted dificultad para ver de noche?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
432	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
433	¿Pesaron a (NOMBRE) al momento de nacer?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 435) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 435) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 435) ←
434	¿Tiene usted el carné de Salud infantil o comprobante de peso de (NOMBRE)? SI LA RESPUESTA ES SI, SOLICÍTELA Y ANOTE EL PESO DEL NIÑO. SI NO TIENE TARJETA PREGUNTE: ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	Kg. Grs. PESO EN EL CARNÉ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99.998	Kg. Grs. PESO EN EL CARNÉ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99.998	Kg. Grs. PESO EN EL CARNÉ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESO SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 99.998

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
435	<p>¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO</p>	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	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
435A	<p>¿Quién atendió al recién nacido al momento del parto?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'NADIE', INDAGUE PARA DETERMINAR SI HUBO ADULTOS PRESENTES DURANTE EL PARTO</p>	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	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
436	<p>¿Dónde tuvo usted el parto de (NOMBRE)?</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p><input type="text"/></p> <p>NOMBRE</p>	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULT. DE LAS CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA 35 OTRO DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 443) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULT. DE LAS CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA 35 OTRO DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULT. DE LAS CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA 35 OTRO DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULT. DE LAS CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA 35 OTRO DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO 13 POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULT. DE LAS CAJAS DE SEGURO 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA 21 CLÍNICA PRIVADA 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR 24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA 35 OTRO DOMICILIO 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 444) ←
437	<p>¿Por cuánto tiempo permaneció usted en ese lugar después del parto de (NOMBRE)?</p>	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998
438	<p>¿Fue el nacimiento de (NOMBRE) por cesárea?</p>	SI 1 NO 2				
439	<p>Antes de que le dieran de alta en el parto de (NOMBRE), ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p>	SI 1 NO 2 (PASE A 442) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←
440	<p>¿A las cuántas horas, días o semanas después de haber dado a luz a (NOMBRE) tuvo usted su primer chequeo?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.</p>	HORAS DESPUÉS DE NACIDO 1 <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO 2 <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO 3 <input type="text"/> NO SABE 998				
441	<p>¿Quién la atendió en ese momento?</p> <p>SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA</p>	MÉDICO 1 ENFERMERA 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 449) ←				
442	<p>Después de haber sido dada de alta en el parto de (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?</p>	SI 1 NO 2 (PASE A 449) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 445) ←
443	<p>¿Por qué no tuvo a (NOMBRE) en un establecimiento de salud?</p> <p>SONDEE: ¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	MUY COSTOSO A ESTABLECIMIENTO CERRADO B DEMASIADO LEJOS/SIN TRANSPORTE C NO CONFÍA EN EL SITIO/MALA CALIDAD DEL SERVICIO D NO HAY PERSONAL FEMENINO E ESPOSO/FAMILIA NO LO PERMITIÓ F NO ERA NECESARIO G NO ES LA COSTUMBRE H OTRA: X (ESPECIFIQUE)				

	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 _____
444	Después que (NOMBRE) nació, ¿algún trabajador de salud le chequeó su salud a usted?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 449) ←	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
445	¿A las cuántas horas, 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. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
446	¿Quién le hizo ese primer chequeo? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LAS MÁS CAPACITADA	MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)		
447	¿Dónde tuvo lugar ese chequeo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO.....11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....21 CLÍNICA PRIVADA.....22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.....35 OTRO DOMICILIO..... 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)		
449	En los dos primeros meses de vida de, (NOMBRE) ¿algún trabajador de salud le chequeó la salud al bebé?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 453) ←		
450	¿A las cuántas horas o días de nacido tuvo su primer chequeo (NOMBRE)? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA. SI MENOS DE 1 DÍA, REGISTRE HORAS. SI MENOS DE 1 SEMANA, REGISTRE DÍAS.	HORAS DESPUÉS DE NACIDO..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS DESPUÉS DE NACIDO..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS DE NACIDO..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998		
451	¿Quién le hizo ese chequeo a (NOMBRE)? SI LA ENTREVISTADA MENCIONA VARIAS PERSONAS, INDAGUE POR LA MÁS CAPACITADA	MÉDICO 1 ENFERMERA..... 2 AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... 3 PARTERA 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)		
452	¿Dónde tuvo lugar ese primer chequeo? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y CIRCULE EL CÓDIGO RESPECTIVO SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO.....11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....21 CLÍNICA PRIVADA.....22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR.....24 OTRO PRIVADO 25 (ESPECIFIQUE) OTRO DOMICILIO ENTREVISTADA.....35 OTRO DOMICILIO..... 36 OTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE)		

	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 _____
453	Después del parto o hasta los dos meses siguientes al parto, ¿recibió usted una cápsula de vitamina A como ésta? MOSTRAR CÁPSULA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8		
454	¿Le ha vuelto la regla (menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 456) ← <input type="checkbox"/> NO..... 2 (PASE A 457) ← <input type="checkbox"/>		
455	¿Le volvió su regla entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 459) ← <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 459) ← <input type="checkbox"/>
456	¿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
457	VERIFIQUE EN 226 SI ESTA EMBARAZADA:	NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> (PASE A 459)		
458	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 460) ← <input type="checkbox"/>		
459	¿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
460	¿Le dió el pecho (amamantó) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ← <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ← <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 467) ← <input type="checkbox"/>
461	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle el pecho? SI MENOS DE 1 HORA, CIRCULE "000" DE 1 A 23 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"/>		
462	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 464) ← <input type="checkbox"/>		
463	¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE) en los tres primeros días? SONDEE: ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	AGUA SOLA..... A LECHE DE VACA..... B LECHE DE LATA/EN POLVO..... C LECHE DE CABRA..... D AGUA AZUCARADA..... E SOLUCIÓN DE AGUA/SAL/ AZÚCAR..... F JUGOS DE FRUTAS..... G FÓRMULA INFANTIL..... H TÉ/INFUSIÓN..... I MIEL..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z		
464	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTÁ VIVO O MUERTO:	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> (PASE A 466)		
465	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 468) ← <input type="checkbox"/> NO..... 2		
466	¿Durante cuántos meses le dió 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
467	VERIFIQUE EN 404 SI EL NIÑO ESTÁ VIVO O MUERTO:	VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 469A) MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 472) MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS PASE A 501)	VIVO <input type="checkbox"/> (PASE A 472) MUERTO <input type="checkbox"/> (REGRESE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUEST. ADICIONAL SI NO HAY MÁS PASE A 501)

	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 _____
468	¿Cuántas veces le dió 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 ANOCHER..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
469	¿Cuántas veces le dió 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"/>		
470	¿Durante el día o la noche de ayer (NOMBRE) tomó otro líquido o alimento que no fuera leche materna?	SI..... 1 NO..... 2		
471	¿A qué edad comenzó a darle a (NOMBRE), otros líquidos o alimentos distintos de la leche materna? (SI MENOS DE 1 MES ANOTE "0")	NRO. DE MESES <input type="text"/> AÚN NO RECIBE 7		
472	¿En el día de ayer o anoche (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
473		REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	REGRESE A 405 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 501	PASE A 405 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MAS NACIDOS VIVOS, PASE A 501

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"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
509D	¿Cuántas veces le dieron la vacuna contra la POLIO a (NOMBRE)? 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
509E	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna PENTAVALENTE, 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 509G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509G) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 509G) ←
509F	¿Cuántas veces le pusieron la vacuna PENTAVALENTE a (NOMBRE)? 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
509G	¿Recibió (NOMBRE) una inyección contra el sarampión, que se coloca en el brazo izquierdo al año de edad? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
509H	¿Recibió (NOMBRE) la vacuna contra la fiebre amarilla, una inyección que se coloca en el brazo derecho, entre los 12 y 23 meses de edad? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
512	VERIFIQUE 506 APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓	APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> NO TIENE CARNÉ/ NO APARECE FECHA PARA DOSIS MÁS RECIENTE DE VITAMINA A <input type="checkbox"/> (PASE A 514) ↓
513	Según el Carné de Vacunación, (NOMBRE) recibió una cápsula de Vitamina A (como ésta) en (MES Y AÑO DE LA DOSIS MÁS RECIENTE DEL CARNÉ) ¿Ha recibido (NOMBRE) otra cápsula de VITAMINA A desde esa fecha? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 515) ← (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 515) ← (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 515) ← (PASE A 516) ←
514	¿Ha recibido (NOMBRE) alguna vez una cápsula de VITAMINA A (como ésta/ alguna de éstas)? MOSTRAR CÁPSULAS SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 516) ←
515	¿Hace cuántos meses que (NOMBRE) tomó la última cápsula? NÚMERO DE MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98	NÚMERO DE MESES <input type="text"/> NO SABE..... 98
516	¿Durante el año 2007 (NOMBRE) tomó Chispitas Nutricionales? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 521) ←
517	Cuántos sobres de Chispitas Nutricionales le entregó el personal de salud? SOLICITAR LA TARJETA DE CONTROL (VERIFICAR DATOS) NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>
518	¿Cuántos sobres de Chispitas Nutricionales consumió (NOMBRE)? NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE SOBRES <input type="text"/> <input type="text"/>
519	¿Con qué frecuencia le dió Ud. las chispitas nutricionales a (NOMBRE)? DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3
521	¿Ha oído hablar sobre el Nutribebé (Wawa Mancaya, ...)? MOTRAR BOLSA VACIA SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←
522	¿(NOMBRE) está recibiendo o recibió el Nutribebé ? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 527) ←
523	¿Cuántas bolsas de Nutribebé , (NOMBRE) recibió por mes? NÚMERO DE BOLSAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE BOLSAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE BOLSAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
524	¿Durante cuantos meses ha recibido, (NOMBRE) el Nutribebé ? NÚMERO DE MESES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE MESES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE MESES ... <input type="text"/> <input type="text"/>

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO-	
	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE
519	¿Con qué frecuencia le dió el Nutribebé a (NOMBRE)?		DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	
527	¿Durante el año 2007 (NOMBRE) tomó Jarabe de Hierro ?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 531) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 531) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 531) ←	
528	¿Cuántos frascos de Jarabe de Hierro le entregó el personal de salud a (NOMBRE)? SOLICITAR LA TARJETA DE CONTROL (VERIFICAR DATOS)		NÚMERO DE FRASCOS []	NÚMERO DE FRASCOS []	NÚMERO DE FRASCOS []	
529	¿Cuántos frascos de Jarabe de Hierro le dió en total a (NOMBRE)?		NÚMERO DE FRASCOS []	NÚMERO DE FRASCOS []	NÚMERO DE FRASCOS []	
530	¿Con qué frecuencia le dió el jarabe de hierro a (NOMBRE)?		DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	DIARIO 1 DÍA POR MEDIO..... 2 2 VECES O MENOS/SEMANA 3	
531	¿Ha tomado (NOMBRE) algún medicamento para los parásitos intestinales (bichos, gusanera), en los últimos seis meses?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
532	¿Tuvo (NOMBRE) diarrea en algún momento durante las últimas 2 semanas?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	
533	¿Había sangre en la caquita de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
534	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?		MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA LÍQUIDO 4 NO SABE 8	
535	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo diarrea, ¿Le dió la misma cantidad de comida que de costumbre, le dió más o le dió menos ?		MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 NADA DE COMER..... 4 NO SABE 8	
536	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 541) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 541) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 541) ←	
537	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea? SONDEE: ¿En algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS CATEGORÍAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE		SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRU/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRU/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRU/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
538	VERIFIQUE EN 537 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS		DOS O MÁS CÓDIGOS [] SÓLO UN CÓDIGO [] (PASE A 540)	DOS O MÁS CÓDIGOS [] SÓLO UN CÓDIGO [] (PASE A 540)	DOS O MÁS CÓDIGOS [] SÓLO UN CÓDIGO [] (PASE A 540)	
539	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE PREGUNTA 537		PRIMER LUGAR []	PRIMER LUGAR []	PRIMER LUGAR []	

	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 _____
540	¿Cuántos días después de que le empezó la diarrea a (NOMBRE), buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE '00'	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>
541	¿(NOMBRE) todavía tiene diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
542	Desde que le empezó la diarrea, le dió a (NOMBRE): A ¿Un líquido preparado de un sobre especial 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
543	¿Le dió algo (más) a (NOMBRE) para tratarle la diarrea (distinto de los sueros)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←
544	¿Qué (más) le dió para tratar la diarrea? SONDEE: ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)
545	¿Durante la diarrea le dieron a (NOMBRE), tabletas de Zinc como esta? (MOSTRAR TABLETAS)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 548) ←
545A	¿Cuántas tabletas de Zinc le dieron a (NOMBRE)?	NRO. DE TABLETAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE TABLETAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE TABLETAS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
546	¿Durante cuántos días le dió tabletas de Zinc a (NOMBRE)?	NRO. DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	NRO. DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98	NRO. DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE 98
548	¿Ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos en algún momento durante las últimas 2 semanas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←
549	Cuando (NOMBRE) estaba enfermo(a) con tos, ¿tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
551	Ahora me gustaría saber qué tanto le dió de beber a (NOMBRE) durante la tos. ¿Le dió la misma cantidad de líquidos que antes de la tos, más líquidos o menos líquidos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS LÍQUIDOS..... 3 NADA DE LÍQUIDO 4 NO SABE 8
552	Durante el tiempo que (NOMBRE) tuvo tos ¿Le dió la misma cantidad de comida que de costumbre, le dió más o le dió menos?	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA... 4 NO SABE 8	MENOS..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD..... 3 DEJÓ DE DARLE COMIDA... 4 NO SABE 8
553	¿Buscó usted consejo o tratamiento para la tos?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 557) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 557) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 557) ←

	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 _____
554	¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento para la tos? INDAGUE: ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE _____ NOMBRE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O POSTA DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N NO LO LLEVARON/NO FUE..... Q OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O POSTA DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N NO LO LLEVARON/NO FUE..... Q OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O POSTA DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE) OTRO PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N NO LO LLEVARON/NO FUE..... Q OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
555	VERIFIQUE EN 554 EL NÚMERO DE CÓDIGOS CIRCULADOS	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> ↓ (PASE A 556)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> ↓ (PASE A 556)	DOS O MÁS CÓDIGOS <input type="text"/> ↓ SÓLO UN CÓDIGO <input type="text"/> ↓ (PASE A 556)
555A	¿Dónde buscó consejo o tratamiento por primera vez? USE LOS CÓDIGOS DE PREGUNTA 554	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMER LUGAR <input type="text"/> <input type="text"/>
556	¿Cuántos días después de que le empezó la enfermedad a (NOMBRE) buscó usted consejo o tratamiento? SI MISMO DÍA, ANOTE '00'	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>	NRO. DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>
557	¿(NOMBRE) todavía está enfermo(a) con tos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
558	¿En algún momento durante la tos (NOMBRE) tomó algún medicamento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 562) ←
559	¿Qué medicamentos tomó (NOMBRE)? SONDEE: ¿Algún otro medicamento? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ..... C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ..... C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	PASTILLA/JARABE..... A INYECCIÓN..... B REMEDIOS CASEROS/MEDICINAS DE HIERBAS/TÉ..... C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)
562		REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 563	REGRESE A 503 PARA PRÓXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A 563	PASE A 503 EN SEGUNDA COLUMNA DE CUESTIONARIO ADICIONAL. SI NO HAY MÁS NACIDOS VIVOS, PASE A 563

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																				
563	VERIFIQUE 215 Y 218 , TODAS LAS FILAS: NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2003 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE _____ DEL MÁS PEQUEÑO _____	NINGUNO <input type="checkbox"/> →	566																																																																																																																																				
564	¿La última vez que (NOMBRE) hizo caquita, usted qué hizo con las heces (materias fecales)?	EL NIÑO(A) USÓ EL SANITARIO O LETRINA..... 01 LA TIRÓ EN EL SANITARIO O LETRINA 02 LA TIRÓ EN UNA ZANJA O DESAGÜE..... 03 LA ARROJÓ A LA BASURA 04 LA ENTERRÓ 05 LA DEJÓ AL AIRE LIBRE 06 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																																																																																																					
565	VERIFIQUE 542A Y 542B , TODOS LOS NIÑOS(AS): NINGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (O SUERO DE LA VIDA) U OTROS SUEROS O NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	ALGÚN NIÑO(A) RECIBIÓ SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (O SUERO DE LA VIDA) U OTROS SUEROS <input type="checkbox"/> →	567																																																																																																																																				
566	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Sales de la Vida que se puede usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2																																																																																																																																					
567	VERIFIQUE 215 Y 218 : NÚMERO DE NIÑOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2005 QUE VIVEN CON LA ENTREVISTADA UNO O MÁS: ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÁS PEQUEÑO Y CONTINÚE CON 568 _____	NINGUNO <input type="checkbox"/> →	581																																																																																																																																				
568	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos que (NOMBRE) tomó en el día de ayer durante el día o durante la noche:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿Leche en polvo para bebé?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿Alimentos fortificados?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Alguna (otra) avena, quinua, maizena?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E ¿Cualquier otra leche(fresca, evaporada o en polvo)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F ¿Jugo de fruta?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G ¿Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	A ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?	1	2	8	B ¿Leche en polvo para bebé?	1	2	8	C ¿Alimentos fortificados?	1	2	8	D ¿Alguna (otra) avena, quinua, maizena?	1	2	8	E ¿Cualquier otra leche(fresca, evaporada o en polvo)?	1	2	8	F ¿Jugo de fruta?	1	2	8	G ¿Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	1	2	8																																																																																																					
	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																				
A ¿Agua sola (sin mezclar con nada)?	1	2	8																																																																																																																																				
B ¿Leche en polvo para bebé?	1	2	8																																																																																																																																				
C ¿Alimentos fortificados?	1	2	8																																																																																																																																				
D ¿Alguna (otra) avena, quinua, maizena?	1	2	8																																																																																																																																				
E ¿Cualquier otra leche(fresca, evaporada o en polvo)?	1	2	8																																																																																																																																				
F ¿Jugo de fruta?	1	2	8																																																																																																																																				
G ¿Cualquier otro líquido como té, café, bebidas gaseosas, caldo?	1	2	8																																																																																																																																				
569	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que (NOMBRE) o usted han recibido en el día de ayer durante el día o durante la noche, bien por separado o con otros alimentos.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">NIÑO</th> <th colspan="3">MADRE</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Leche en polvo, fresca, evaporada u otra?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B ¿Queso, yogurt u otros productos de leche?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C ¿Mate, Té, Café?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D ¿Cualquier otro líquido o refresco?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E ¿Pan, arroz, fideos, maíz, quinua o preparaciones con granos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F ¿Papa, oca, yuca, chuño u otros?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G ¿Zapallo, zanahorias, camote u otros alimentos que sean de color amarillo o naranja por dentro?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H ¿Espinaca, acelga, brócoli o cualquier vegetal de hoja verde oscuro?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I ¿Mango, papaya, durazno o melón?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J ¿Cualquier otra fruta o vegetales?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>K ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras (menudencias)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L ¿Carne de vaca, pollo, cerdo, cordero, cabra, pato, u otra?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>M ¿Pescado o mariscos frescos o secos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>N ¿Huevos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>O ¿Frijoles, porotos, lentejas, arvejas o habas secas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>P ¿Aceite, cebo, manteca, grasa, mantequilla, margarina?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Q ¿Azúcar, dulces, caramelos, chocolates, tortas, galletas, pasteles?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		NIÑO			MADRE			SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE	A ¿Leche en polvo, fresca, evaporada u otra?	1	2	8	1	2	8	B ¿Queso, yogurt u otros productos de leche?	1	2	8	1	2	8	C ¿Mate, Té, Café?	1	2	8	1	2	8	D ¿Cualquier otro líquido o refresco?	1	2	8	1	2	8	E ¿Pan, arroz, fideos, maíz, quinua o preparaciones con granos?	1	2	8	1	2	8	F ¿Papa, oca, yuca, chuño u otros?	1	2	8	1	2	8	G ¿Zapallo, zanahorias, camote u otros alimentos que sean de color amarillo o naranja por dentro?	1	2	8	1	2	8	H ¿Espinaca, acelga, brócoli o cualquier vegetal de hoja verde oscuro?	1	2	8	1	2	8	I ¿Mango, papaya, durazno o melón?	1	2	8	1	2	8	J ¿Cualquier otra fruta o vegetales?	1	2	8	1	2	8	K ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras (menudencias)?	1	2	8	1	2	8	L ¿Carne de vaca, pollo, cerdo, cordero, cabra, pato, u otra?	1	2	8	1	2	8	M ¿Pescado o mariscos frescos o secos?	1	2	8	1	2	8	N ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8	O ¿Frijoles, porotos, lentejas, arvejas o habas secas?	1	2	8	1	2	8	P ¿Aceite, cebo, manteca, grasa, mantequilla, margarina?	1	2	8	1	2	8	Q ¿Azúcar, dulces, caramelos, chocolates, tortas, galletas, pasteles?	1	2	8	1	2	8	
	NIÑO			MADRE																																																																																																																																			
	SI	NO	NO SABE	SI	NO	NO SABE																																																																																																																																	
A ¿Leche en polvo, fresca, evaporada u otra?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
B ¿Queso, yogurt u otros productos de leche?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
C ¿Mate, Té, Café?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
D ¿Cualquier otro líquido o refresco?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
E ¿Pan, arroz, fideos, maíz, quinua o preparaciones con granos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
F ¿Papa, oca, yuca, chuño u otros?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
G ¿Zapallo, zanahorias, camote u otros alimentos que sean de color amarillo o naranja por dentro?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
H ¿Espinaca, acelga, brócoli o cualquier vegetal de hoja verde oscuro?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
I ¿Mango, papaya, durazno o melón?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
J ¿Cualquier otra fruta o vegetales?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
K ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras (menudencias)?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
L ¿Carne de vaca, pollo, cerdo, cordero, cabra, pato, u otra?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
M ¿Pescado o mariscos frescos o secos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
N ¿Huevos?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
O ¿Frijoles, porotos, lentejas, arvejas o habas secas?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
P ¿Aceite, cebo, manteca, grasa, mantequilla, margarina?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
Q ¿Azúcar, dulces, caramelos, chocolates, tortas, galletas, pasteles?	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																	
570	VERIFIQUE 568C, 568D Y 569E HASTA 569Q PARA EL NIÑO(A) : POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> →	581																																																																																																																																				
571	Cuántas veces (NOMBRE) consumió alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos ayer durante el día o durante la noche? 7 VECES O MÁS, REGISTRE '7'	NÚMERO DE VECES <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8																																																																																																																																					

SECCIÓN 5A. SEGURO DE SALUD-SUMI

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
581	¿Ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil o SUMI?	SI..... 1 NO..... 2	601															
582	¿A quiénes atiende el SUMI? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA SONDEE: ¿A quién más?	A TODAS LAS MUJERES..... A A MUJERES EMBARAZADAS..... B A MUJERES QUE RECIÉN HAN TENIDO HIJOS..... C A TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS..... D A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS..... E OTROS..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE A QUIENES..... Z																
582A	VERIFIQUE 224 Y 226: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DEL 2003 <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIDO VIVO DESDE ENERO DEL 2003 <input type="checkbox"/> Y NO EMBARAZADA/NO SABE	601															
583	¿Desde el año 2003, en algún momento usted ha recibido atención de salud por el SUMI?	SI..... 1 NO..... 2	584															
583A	¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Universal Materno Infantil? SONDEE: ¿Alguna otra razón más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENÍA DINERO..... J NO NECESITÉ..... K NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE)	587															
584	La atención de salud que recibió fué: A ¿Durante el embarazo? B ¿En el parto? C ¿Después del parto?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>EMBARAZO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PARTO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>POST PARTO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	EMBARAZO	1	2	PARTO	1	2	POST PARTO	1	2				
	SI	NO																
EMBARAZO	1	2																
PARTO	1	2																
POST PARTO	1	2																
585	¿En qué establecimiento de salud recibió esa atención? SONDEE: ¿Algún otro más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSEJTORIO/ CONSEJTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																
586	En la atención que recibió: A ¿Le solucionaron su problema de salud? B ¿Le atendieron en su idioma? C ¿Los médicos o enfermeras fueron amables con usted? D ¿Tuvo que pagar por algo?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EN SU IDIOMA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL AMABLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PAGÓ POR ALGO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2	EN SU IDIOMA.....	1	2	PERSONAL AMABLE	1	2	PAGÓ POR ALGO	1	2	
	SI	NO																
SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2																
EN SU IDIOMA.....	1	2																
PERSONAL AMABLE	1	2																
PAGÓ POR ALGO	1	2																
587	¿Desde enero de 2003, en algún momento alguna de sus hijas o hijos menores de 5 años recibió atención por el SUMI?	SI 1 NO 2	589															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
588	<p>¿Cuál fue la razón principal por la cual no utilizó los servicios del Seguro Universal Materno Infantil para sus hijos?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna otra más?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	TIENE QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DONDE ESPERAR/INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ES LIMPIO..... F EL LUGAR QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO NECESITE..... K NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO..... L NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... M OTRA RAZÓN _____ X (ESPECIFIQUE)	593															
589	<p>¿Cuántos de sus hijos e hijas recibieron atención por el SUMI?</p>	NÚMERO DE HIJOS E HIJAS <input type="text"/>																
590	<p>La atención que recibieron fue:</p> <p>A ¿Por enfermedad?</p> <p>B ¿Por accidente?</p> <p>C ¿Para seguimiento de control y desarrollo (INCLUYE VACUNAS)?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFERMEDAD</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SEGUIMIENTO Y CONTROL DE DESARROLLO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	ENFERMEDAD	1	2	POR ACCIDENTE	1	2	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE DESARROLLO.....	1	2				
	SI	NO																
ENFERMEDAD	1	2																
POR ACCIDENTE	1	2																
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE DESARROLLO.....	1	2																
591	<p>¿En qué establecimiento de salud recibieron esa atención?</p> <p>SONDEE: ¿Algún otro más?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	HOSPITAL PUBLICO..... A HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z																
592	<p>En la atención que recibieron sus hijos:</p> <p>A ¿Solucionaron el problema de salud de sus hijos?</p> <p>B ¿Le atendieron en su idioma?</p> <p>C ¿Los médicos o enfermeras fueron amables con sus hijos?</p> <p>D ¿Tuvo que pagar por algo?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>EN SU IDIOMA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSONAL AMABLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PAGÓ POR ALGO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2	EN SU IDIOMA.....	1	2	PERSONAL AMABLE	1	2	PAGÓ POR ALGO	1	2	
	SI	NO																
SOLUCIONARON SU PROBLEMA.....	1	2																
EN SU IDIOMA.....	1	2																
PERSONAL AMABLE	1	2																
PAGÓ POR ALGO	1	2																
593	<p>VERIFIQUE 583 Y 587: VEA SI 583 = 1 Ó 587=1 (POR LO MENOS UN SI) <input type="checkbox"/></p>	<p>VEA SI 583=2 Y 587=2 <input type="checkbox"/> →</p> <p>(NINGÚN SI)</p>	601															
594	<p>¿Cómo calificaría la atención que recibió usted o sus hijos en el SUMI: buena, regular o mala?</p>	BUENA..... 1 → REGULAR..... 2 MALA..... 3	601															
595	<p>¿Cuáles son las razones por las que califica la atención como REGULAR/MALA?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna razón más?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	TENÍA QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HABÍA DONDE ESPERAR/INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/NO CAPACITADO..... D PERSONAL NUNCA DISPONIBLE..... E EL LUGAR NO ERA LIMPIO..... F EL CENTRO DE SALUD ES LEJOS..... G NO SOLUCIONAN PROBLEMA DE SALUD..... H NO HAY MEDICAMENTOS..... I TIENE QUE PAGAR..... J OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	601															

SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	¿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	604 604
602	¿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	617
603	¿Cuál es su estado civil actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	609
604	¿Su esposo/compañero vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	
605	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/ COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN..... [][]	
609	¿Ha estado usted casada o en unión libre, sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	
615	VERIFIQUE 609: CASADA / UNIDA SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> CASADA / UNIDA MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo o compañero? ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo o compañero?	MES..... [][] NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... [][][][] NO SABE EL AÑO..... 9998	617
616	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... [][]	
617	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO QUE PUEDA PARA OBTENER PRIVACIDAD		
618	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 TENIDO 00 EDAD EN AÑOS [][] CUANDO SE CASÓ/ UNIÓ 95	641
621	VERIFIQUE EN 106 SI ENTREVISTADA TIENE 15 A 24 AÑOS 15-24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25-49 AÑOS <input type="checkbox"/>		626
622	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTA SEGURA/NO SABE..... 8	
626	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? SI MENOS DE 12 MESES, REGISTRE RESPUESTA EN DÍAS, SEMANAS O MESES. SI 12 MESES (1 AÑO) O MÁS, REGISTRE LA RESPUESTA EN AÑOS	DÍAS 1 [][] SEMANAS 2 [][] MESES 3 [][] AÑOS 4 [][]	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
640	<p>En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda la vida?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN</p>	<p>NÚMERO DE PAREJAS DE TODA LA VIDA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE 98</p>	
641	<p>¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 →</p>	701
642	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SONDEE: ¿En algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</p> <p>POLICLINICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D</p> <p>OTRO PÚBLICO..... E</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... G</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I</p> <p>OTRO PRIVADO..... J</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO</p> <p>PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</p> <p>MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPIRI/QOLLIRI)..... L</p> <p>FARMACIA..... M</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... N</p> <p>NO LO LLEVARON/NO FUE..... Q</p> <p>OTRO LUGAR _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>	
643	<p>Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón usted misma?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/INSEGURA 8</p>	

SECCIÓN 7. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	
701	VERIFIQUE 311 Y 311A: NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	713	
702	VERIFIQUE 226: CÓDIGOS 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)?	CÓDIGO 1 EMBARAZADA <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 → 704 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 → 713 INDECISA/NO SABE, PERO: NO EMBARAZADA O INSEGURA 4 → 708 EMBARAZADA 5 → 709	
703	VERIFIQUE 226: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta antes del nacimiento de (un/otro) hijo?	CÓDIGO 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/> Después del nacimiento del hijo que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro hijo?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> PRONTO/AHORA..... 993 → 708 NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 994 → 713 DESPUÉS DEL MATRIMONIO..... 995 OTRO: 996 } 708 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 998 }	
704	VERIFIQUE 226: CÓDIGOS 2, 8 NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 1 EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	709	
705	VERIFIQUE 310 SI ESTÁ USANDO MÉTODO: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	SI USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>	713
706	VERIFIQUE LA RESPUESTA OBTENIDA EN 703, TIEMPO QUE QUIERE ESPERAR: NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/>	24 MESES O MÁS 2 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	MENOS DE 24 MESES; MENOS DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/>	709
707	VERIFIQUE 702: CÓDIGO 1 QUIERE TENER UN (OTRO) HIJO <input type="checkbox"/> Usted dice que no quiere tener un (otro) hijo pronto, pero usted no está usando ningún método para evitar quedar embarazada. ¿Me podría decir por qué no está usando un método? ¿Alguna otra razón?	CÓDIGO 2 NO QUIERE MÁS HIJOS <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 un método? ¿Alguna otra razón?	NO EN UNION A RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD: NO TIENE REL. SEXUALES..... B SEXO POCO FRECUENTE..... C MENOPAUSIA/ HISTERECTOMIZADA .. D INFERTILIDAD MUJER..... E INFERTILIDAD HOMBRE..... F AMENORREA POSTPARTO..... G LACTANCIA..... H OPOSICIÓN A USAR: ENTREVISTADA SE OPONE..... I MARIDO SE OPONE..... J OTROS SE OPONEN..... K PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... L FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE MÉTODOS..... M NO SABE DONDE CONSEGUIRLO..... N RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO: RAZONES DE SALUD..... O MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS ... P USO INCONVENIENTE..... Q INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... R RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/ DEMASIADO LEJOS..... S MUY COSTOSO..... T OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
711A	VERIFIQUE EN 711 SI LA RESPUESTA ES "NO EN UNIÓN" CÓDIGO 11 NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/> →	713
712	¿Si estuviera casada o en unión, usaría algún método?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
713	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? Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA	NINGUNO..... 00 → 715 NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA RESPUESTA _____ 96 → 715 (ESPECIFIQUE)	
714	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran hombres y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?	HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
715	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	
717	VERIFIQUE 601: CÓDIGO 1 CÓDIGO 2 CÓDIGO 3 SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> SI, VIVE CON UN HOMBRE <input type="checkbox"/> NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> →		801
718	VERIFIQUE 311/311A, SI USA ACTUALMENTE NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> → 722 CÓDIGOS 'B', 'G' Ó 'L' <input type="checkbox"/> → 720 OTROS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/>		
719	¿Su esposo/compañero sabe que usted está usando un método de planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
720	¿Usted diría que el uso de anticoncepción fue principalmente su decisión, principalmente de su pareja (esposo/compañero) o lo decidieron juntos?	ENTREVISTADA 1 PAREJA (ESPOSO/COMPAÑERO) 2 DECISIÓN CONJUNTA 3 OTRA: _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
721	VERIFIQUE 311/311A NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> ÉL O ELLA ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> →		801
722	¿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	

SECCIÓN 8. ANTECEDENTES DE SU ESPOSO/COMPAÑERO Y EMPLEO DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																					
801	VERIFIQUE 601, 602: EN 601, CÓDIGOS 1,2 ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> EN 602, CÓDIGOS 1,2 ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> EN 602, CÓDIGO 3 NUNCA CASADA/ NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 803 <input type="checkbox"/> → 807																						
802	¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja (esposo o compañero)?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/>																						
803	¿Su (última) pareja (esposo o compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	→ 806																					
804	¿Cuál fue el curso o año de educación más alto que su esposo/compañero aprobó y en qué nivel?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRE-ESCOLAR.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NORMAL/ POLICIA/ MILITAR.....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO UNIVERSITARIO.....</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	GRADO	PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	NORMAL/ POLICIA/ MILITAR.....	4	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO UNIVERSITARIO.....	6	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL	GRADO																						
PRE-ESCOLAR.....	1	<input type="checkbox"/>																						
PRIMARIA.....	2	<input type="checkbox"/>																						
SECUNDARIA.....	3	<input type="checkbox"/>																						
NORMAL/ POLICIA/ MILITAR.....	4	<input type="checkbox"/>																						
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	5	<input type="checkbox"/>																						
POSTGRADO UNIVERSITARIO.....	6	<input type="checkbox"/>																						
806	VERIFIQUE 801: ACTUALMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE CASADA/ UNIDA <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la ocupación de su pareja (esposo/compañero)? Es decir ¿qué clase de trabajo hace él principalmente? ¿Cuál era la ocupación de su (última) pareja (esposo/compañero)? Es decir, ¿qué clase de trabajo hacía él principalmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																						
807	Además de los trabajos del hogar, ¿ha tenido usted algún otro trabajo en los últimos 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811																					
808	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. ¿Ha hecho usted alguno de estos trabajos en los últimos 7 días?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811																					
809	Si bien usted no ha trabajado en los últimos 7 días, ¿Tiene usted algún trabajo o negocio del cual estuvo ausente debido a permisos, vacaciones, maternidad, o por alguna otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	→ 811																					
810	¿Ha trabajado usted en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	→ 818																					
811	¿Cuál es (era) su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacia) usted principalmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)																						
812	VERIFIQUE 811: TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		→ 814																					
813	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA DE LA FAMILIA..... 2 TIERRA ARRENDADA..... 3 TIERRA DE OTRA PERSONA..... 4																						
814	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 OTRA PERSONA..... 2 CUENTA PROPIA..... 3																						
815	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2																						
816	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3																						
817	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SOLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4																						

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																						
818	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/>	827																																																																						
819	VERIFIQUE 817: CÓDIGOS 1, 2 CIRCULADOS <input type="checkbox"/>	NO SE HIZO PREGUNTA OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/>	822																																																																						
820	Quién decide cómo se gasta el dinero que usted gana: ¿usted, principalmente su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 LA ENTREVISTADA Y OTRA PERSONA 4 NO TIENE INGRESOS..... 5 OTRA PERSONA 6 (ESPECIFIQUE)																																																																							
821	¿Usted diría que el dinero que usted gana es más de lo que gana su pareja (esposo/compañero), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MAS DE LO QUE ÉL GANA 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA 2 MAS O MENOS LO MISMO 3 ESPOSO/COMPAÑERO NO CONTRIBUYE 4 NO SABE 8	823																																																																						
822	¿Quién decide cómo se utiliza el dinero que su pareja (esposo/compañero) gana: principalmente usted, su pareja (esposo/compañero), o es una decisión conjunta?	ENTREVISTADA DECIDE..... 1 COMPAÑERO DECIDE 2 AMBOS, LA ENTREVISTADA Y SU COMPAÑERO 3 OTRA PERSONA 6 (ESPECIFIQUE)																																																																							
823	Para cada una de las siguientes actividades , me puede decir quién tiene la última palabra en su casa: Usted, su pareja (esposo/compañero), ambos o alguien más. A ¿En el cuidado de su salud? B ¿Comprar algo caro para la casa, por ejemplo un televisor? C ¿En las compras diarias de la casa? D ¿Visitas a amigas suyas o a su familia?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">ESPOSO/COMPAÑERO</th> <th colspan="2">ELLA Y OTRA PERSONA</th> <th colspan="2">OTRA PERSONA</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ELLA</th> <th>NERO</th> <th>AMBOS</th> <th>PER-SONA</th> <th>NA-DIE</th> <th>PER-SONA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUIDADO</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SALUD</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>COMPRAR</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ALGO CARO</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>COMPRAS</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DIARIAS</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>VISITAS</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>AMIGAS/ FLIA.</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </tbody> </table>		ESPOSO/COMPAÑERO		ELLA Y OTRA PERSONA		OTRA PERSONA			ELLA	NERO	AMBOS	PER-SONA	NA-DIE	PER-SONA	CUIDADO							SALUD	1	2	3	4	5	6	COMPRAR							ALGO CARO	1	2	3	4	5	6	COMPRAS							DIARIAS	1	2	3	4	5	6	VISITAS							AMIGAS/ FLIA.	1	2	3	4	5	6	
	ESPOSO/COMPAÑERO		ELLA Y OTRA PERSONA		OTRA PERSONA																																																																				
	ELLA	NERO	AMBOS	PER-SONA	NA-DIE	PER-SONA																																																																			
CUIDADO																																																																									
SALUD	1	2	3	4	5	6																																																																			
COMPRAR																																																																									
ALGO CARO	1	2	3	4	5	6																																																																			
COMPRAS																																																																									
DIARIAS	1	2	3	4	5	6																																																																			
VISITAS																																																																									
AMIGAS/ FLIA.	1	2	3	4	5	6																																																																			
827	PRESENCIA DE OTROS EN ESTE MOMENTO. DETERMINE SI ESTÁN PRESENTES Y ESCUCHANDO; O PRESENTES PERO NO ESCUCHANDO; O NO HAY NADIE PRESENTE	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRESENTES, NO ESCUCHAN</th> <th>PRE-SENTES, ESCUCHAN</th> <th>NO PRESENTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIÑOS</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>OTROS VARONES</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRE-SENTES, ESCUCHAN	NO PRESENTES	NIÑOS	1	2	8	ESPOSO	1	2	8	OTROS VARONES	1	2	8	OTRAS MUJERES	1	2	8																																																			
	PRESENTES, NO ESCUCHAN	PRE-SENTES, ESCUCHAN	NO PRESENTES																																																																						
NIÑOS	1	2	8																																																																						
ESPOSO	1	2	8																																																																						
OTROS VARONES	1	2	8																																																																						
OTRAS MUJERES	1	2	8																																																																						
828	A veces los esposos / compañeros se molestan por las cosas que hacen las esposas: En su opinión, se justifica que un esposo / compañero golpee a la esposa en las siguientes situaciones: A ¿Si ella sale fuera de la casa sin decírselo a él? B ¿Si ella descuida/desatiende los niños? C ¿Si ella discute con él? D ¿Si ella no quiere/rehusa tener relaciones sexuales con él? E ¿Si ella deja quemar la comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI ELLA SALE</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>DESCUIDA NIÑOS</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>DISCUTE CON EL</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>NO SEXO</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>QUEMA LA COMIDA</td> <td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	SI ELLA SALE	1	2	8	DESCUIDA NIÑOS	1	2	8	DISCUTE CON EL	1	2	8	NO SEXO	1	2	8	QUEMA LA COMIDA	1	2	8																																															
	SI	NO	NO SABE																																																																						
SI ELLA SALE	1	2	8																																																																						
DESCUIDA NIÑOS	1	2	8																																																																						
DISCUTE CON EL	1	2	8																																																																						
NO SEXO	1	2	8																																																																						
QUEMA LA COMIDA	1	2	8																																																																						

SECCIÓN 9. VIH/SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
901	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de: A La transmisión por VIH? B Una enfermedad llamada SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>VIH.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>SIDA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SI	NO	VIH.....	1	2	SIDA.....	1	2								
	SI	NO																	
VIH.....	1	2																	
SIDA.....	1	2																	
902	VERIFIQUE 901: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		942																
902A	¿Pueden las personas evitar contraer el virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no esté transmitida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
903	¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA por picaduras de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
904	¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
905	¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
906	¿Pueden las personas protegerse de transmitirse del virus que causa el SIDA, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
907	¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA debido a brujerías o medios sobrenaturales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
908	¿Piensa usted que es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
909	El virus que causa el SIDA puede ser transmitido de una madre con sida, al niño: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto? C ¿Durante la lactancia?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																
927	¿Sabe usted de algún lugar donde la gente se puede hacer la prueba del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	929																
928	¿Cuál es ese lugar? SONDEE: ¿Algún otro sitio? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE ENSEGUIDA Y PREGUNTE POR EL TIPO DE FUENTE _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO _____ E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)																	
928A	¿En los últimos 12 meses se hizo la prueba del virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	929																
928B	¿Conoce el resultado de la prueba?	SI..... 1 NO..... 2																	
929	¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que esa persona tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
930	Si algún miembro de su familia contrajera el virus que causa el SIDA, ¿usted querría mantenerlo en secreto?	SI, MANTENERLO EN SECRETO..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8																	
931	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																	
932	En su opinión, si una profesora tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enferma, ¿Se le debería permitir a ella seguir dando clases?	SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 1 NO SE LE DEBERÍA PERMITIR..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA/DEPENDE..... 8																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
942	VERIFIQUE EN 901 SI HA OIDO HABLAR DE SIDA: POR LO MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/> Aparte del SIDA, ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)? ¿Usted ha oído hablar de otras enfermedades que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?	SI..... 1 NO..... 2																	
943	VERIFIQUE 618: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>	951																
944	VERIFIQUE 942: CÓDIGO 1 CONOCE ITS <input type="checkbox"/>	NO CONOCE ITS <input type="checkbox"/>	946																
945	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad adquirida mediante contacto sexual (venérea) durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																	
946	¿En los últimos 12 meses ha experimentado ardor o comezón con flujo vaginal amarillento o pus con mal olor?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																	
947	¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en sus genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RESPONDE..... 8																	
948	VERIFIQUE 945, 946 Y 947: AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		951																
949	La última vez que usted tuvo una enfermedad mediante contacto sexual ó ardor/ comezón ó llagas/ úlceras. ¿Buscó usted consejo o tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2	951																
950	¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento? SONDEE: ¿Algún otro sitio? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS SI LA FUENTE ES HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, O CLÍNICA, ESCRIBA EL NOMBRE ENSEGUIDA Y PREGUNTE POR EL TIPO DE FUENTE _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O PUESTO DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLÍNICO/ POLICONULTORIO/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO _____ E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE)																	
951	Las parejas no siempre están de acuerdo en todo. ¿Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo/ compañero: A ¿Cuando ella sabe que él tiene una enfermedad que ella puede adquirir durante las relaciones sexuales? B ¿Cuando ella está cansada o no quiere tener relaciones? C ¿Cuando ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIENE UNA ITS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>ESTA CANSADA/ NO QUIERE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>REL. CON OTRA PERSONA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TIENE UNA ITS	1	2	8	ESTA CANSADA/ NO QUIERE	1	2	8	REL. CON OTRA PERSONA	1	2	8	
	SI	NO	NS																
TIENE UNA ITS	1	2	8																
ESTA CANSADA/ NO QUIERE	1	2	8																
REL. CON OTRA PERSONA	1	2	8																
952	¿En los últimos 12 meses, usted ha utilizado drogas intravenosas (inyección en el brazo)?	SI..... 1 NO..... 2																	

SECCION 10. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	1005
1002	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? SONDEE: ¿Alguna otra forma? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS A COMPARTIENDO UTENSILIOS B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS C COMPARTIENDO ALIMENTOS D POR CONTACTO SEXUAL E POR PICADURA DE MOSQUITOS F OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
1003	¿La tuberculosis tiene cura?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	
1004	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PERMANECIERA SECRETO 1 NO 2 NO ESTA SEGURA/DEPENDE 3	
1005	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre inyecciones que usted ha recibido en los últimos 12 meses. ¿Ha recibido usted alguna inyección en los últimos 12 meses? SI SI, Cuántas inyecciones? SI EL NÚMERO DE INYECCIONES ES MAYOR DE 90, O DOSIS DIARIAS POR MÁS DE 3 MESES, REGISTRE '90' SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE PARA OBTENER UNA ESTIMACIÓN	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	1009
1006	De todas las inyecciones que recibió, ¿Cuántas fueron administradas por un médico, una enfermera o cualquier otro trabajador de salud?	NÚMERO DE INYECCIONES [][] NINGUNA 00	1009
1007	La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿dónde fue usted a que le aplicaran la inyección? SONDEE PARA DETERMINAR EL TIPO DE FUENTE Y SI LA FUENTE ES HOSPITAL/CLÍNICA Y NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FUENTE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 13 POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... 14 OTRO PÚBLICO..... 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... 21 CLÍNICA PRIVADA..... 22 CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG Ó IGLESIA..... 23 CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... 24 OTRO PRIVADO..... 25 (ESPECIFIQUE) OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1008	¿La persona que le puso la inyección utilizó una aguja proveniente de un sobre sin abrir?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
1009	¿Usted en la actualidad fuma cigarrillos?	SI..... 1 NO..... 2	1013
1010	En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos se fumó?	NÚMERO DE CIGARRILLOS [][]	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
1013	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el cuidado de su salud.</p> <p>Diferentes factores pueden influir para que la mujer consulte al médico o se haga tratar.</p> <p>Cuando Ud. se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico, es para Ud. un gran problema:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Saber a dónde ir?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Conseguir permiso para ir?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D ¿La distancia de los servicios médicos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E ¿Tener que tomar transporte?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F ¿No querer ir sola?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Saber a dónde ir?	1	2	B ¿Conseguir permiso para ir?	1	2	C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	1	2	D ¿La distancia de los servicios médicos?	1	2	E ¿Tener que tomar transporte?	1	2	F ¿No querer ir sola?	1	2	G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda?	1	2	H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda?	1	2	I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?	1	2	
	SI	NO																															
A ¿Saber a dónde ir?	1	2																															
B ¿Conseguir permiso para ir?	1	2																															
C ¿Conseguir dinero para el tratamiento?	1	2																															
D ¿La distancia de los servicios médicos?	1	2																															
E ¿Tener que tomar transporte?	1	2																															
F ¿No querer ir sola?	1	2																															
G ¿Pensar que puede no haber personal femenino que atienda?	1	2																															
H ¿Pensar que puede no haber alguien que atienda?	1	2																															
I ¿Pensar que quizás no haya medicinas disponibles?	1	2																															
1014	¿Usted tiene seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1101																														
1015	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE: ¿Alguna otra forma? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CAJA NACIONAL DE SALUD A SEGURO PRIVADO B SEGURO MILITAR D OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)																															

SECCIÓN 11. MORTALIDAD MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS							CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
1101	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas, esto es, todos los hijos e hijas que su madre natural tuvo, incluyendo aquellos que viven en otro lugar, y aquellos 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"/>
1102	VERIFIQUE 1101: DOS O MÁS HIJO(A)S <input type="checkbox"/>							SÓLO UNA HIJA (LA ENTREVISTADA) <input type="checkbox"/> → PASE A 1200
1103	¿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"/>
1104	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
1104	Nombre de su hermana(o) mayor y el nombre de las hermanas y hermanos que le siguen, vivos y muertos?							
1105	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?							
1106	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?							
1107	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?							
1108	¿En qué año murió (NOMBRE)?							
1109	¿Cuántos años hace que (NOMBRE) murió?							
1110	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?							
1111	¿(NOMBRE) murió durante el embarazo?							
1112	¿Murió (NOMBRE) durante el parto, cesárea, aborto o nacido muerto?							
1113	¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, cesárea, aborto o nacido muerto?							
1114	¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, cesárea, aborto, parto, postparto o de otra causa?							
1114A	¿(NOMBRE) murió en un domicilio, en un establecimiento de salud o en otro lugar?							
1115	¿Cuántos hijos o hijas tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?							

(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
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
SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1108) NS..... 8 SI NO HAY MÁS PASE A 1200
NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	NS/NR..... 98 SI NO HAY MÁS PASE A 1200
(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998	(PASE A 1110) NS..... 9998
SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI ES MUJER QUE MURIÓ ANTES DE LOS 12 AÑOS, O ES HOMBRE O SI NO HAY MÁS PASE A 1200
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 1114)
SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 1114)
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
EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6	EMBARAZO..... 1 CESÁREA..... 2 ABORTO..... 3 PARTO..... 4 POSTPARTO... 5 OTRA CAUSA.. 6
DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8	DOMICILIO..... 1 ESTABLEC. DE SALUD.... 2 OTRO LUGAR.. 3 NO SABE..... 8
PASE A COLUMNA 9 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	PASE A COLUMNA 10 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	PASE A COLUMNA 11 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	PASE A COLUMNA 12 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	PASE A COLUMNA 13 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	PASE A COLUMNA 14 SI NO HAY MÁS PASE A 1200	SI NO HAY MÁS PASE A 1200

SECCION 12. VIOLENCIA A LAS MUJERES																																																
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																													
1200	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD. PRESENCIA DE OTROS: MENORES DE 10 AÑOS..... SI NO ESPOSO/ COMPAÑERO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2 PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/>																																															
1201	LEA A LA ENTREVISTADA Yo sé 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.																																															
1202	VERIFIQUE PREGUNTA 601 Y 602 ESTADO CONYUGAL DE LA ENTREVISTADA SI NO TIENE O HA TENIDO ESPOSO O CONVIVIENTE, PREGUNTAR SI TIENE O HA TENIDO NOVIO O ENAMORADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ÚLTIMO ESPOSO/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> ÚLTIMO NOVIO O ENAMORADO <input type="checkbox"/>		1218																																													
1203	Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposo o conviviente, su novio o enamorado Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA) en los últimos 12 meses muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI A MENUDO</th> <th>SI ALGUNAS VECES</th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>NO NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Su (PAREJA) le acusa(ba) de serle infiel?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>B ¿Su (PAREJA) la ceba con algún amigo que tiene o tuvo con el objeto de hacerla sentir mal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>C ¿Su (PAREJA) trata(trataba) de limitar los contactos con su familia con el objeto de hacerla sentir mal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D ¿Su (PAREJA) la humilla o insulta expresándose en términos como por ejemplo "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres una bruta", "mi mamá me hacía mejor las cosas"?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>E ¿Su (PAREJA) la amenaza con abandonarla?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>F ¿Su (PAREJA) la amenaza con quitarle a sus hijos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>G ¿Su (PAREJA) la amenaza con no cumplir con su responsabilidad económica?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>H ¿Su (PAREJA) al enojarse rompe objetos en el hogar como forma de amenaza?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		SI A MENUDO	SI ALGUNAS VECES	SI UNA VEZ	NO NUNCA	A ¿Su (PAREJA) le acusa(ba) de serle infiel?	1	2	3	4	B ¿Su (PAREJA) la ceba con algún amigo que tiene o tuvo con el objeto de hacerla sentir mal?	1	2	3	4	C ¿Su (PAREJA) trata(trataba) de limitar los contactos con su familia con el objeto de hacerla sentir mal?	1	2	3	4	D ¿Su (PAREJA) la humilla o insulta expresándose en términos como por ejemplo "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres una bruta", "mi mamá me hacía mejor las cosas"?	1	2	3	4	E ¿Su (PAREJA) la amenaza con abandonarla?	1	2	3	4	F ¿Su (PAREJA) la amenaza con quitarle a sus hijos?	1	2	3	4	G ¿Su (PAREJA) la amenaza con no cumplir con su responsabilidad económica?	1	2	3	4	H ¿Su (PAREJA) al enojarse rompe objetos en el hogar como forma de amenaza?	1	2	3	4	
	SI A MENUDO	SI ALGUNAS VECES	SI UNA VEZ	NO NUNCA																																												
A ¿Su (PAREJA) le acusa(ba) de serle infiel?	1	2	3	4																																												
B ¿Su (PAREJA) la ceba con algún amigo que tiene o tuvo con el objeto de hacerla sentir mal?	1	2	3	4																																												
C ¿Su (PAREJA) trata(trataba) de limitar los contactos con su familia con el objeto de hacerla sentir mal?	1	2	3	4																																												
D ¿Su (PAREJA) la humilla o insulta expresándose en términos como por ejemplo "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres una bruta", "mi mamá me hacía mejor las cosas"?	1	2	3	4																																												
E ¿Su (PAREJA) la amenaza con abandonarla?	1	2	3	4																																												
F ¿Su (PAREJA) la amenaza con quitarle a sus hijos?	1	2	3	4																																												
G ¿Su (PAREJA) la amenaza con no cumplir con su responsabilidad económica?	1	2	3	4																																												
H ¿Su (PAREJA) al enojarse rompe objetos en el hogar como forma de amenaza?	1	2	3	4																																												
1203A	VERIFIQUE 1203: AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/>	TODOS CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/>	1205																																													
1204	¿Estas situaciones se han presentado a solos o en presencia de otras personas?	A SOLAS..... A EN PRESENCIA DE AMIGOS B EN PRESENCIA DE FAMILIARES..... C EN PRESENCIA DE LOS HIJOS(AS)..... D OTRAS PERSONAS X (ESPECIFIQUE)																																														
1204A	Como resultado de éstas situaciones con su (PAREJA): A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja? B ¿Tuvo ansiedad y depresión con frecuencia? C ¿Tuvo algún problema en su embarazo? D ¿Dejó de trabajar? E ¿Dejó de estudiar? F ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MIEDO A REACCIÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ANSIEDAD Y DEPRESION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO... ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE TRABAJAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE ESTUDIAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS IMPORTANTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NR	MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8	ANSIEDAD Y DEPRESION	1	2	8	PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO... ..	1	2	8	DEJÓ DE TRABAJAR	1	2	8	DEJÓ DE ESTUDIAR	1	2	8	OTRAS IMPORTANTES	1	2	8																		
	SI	NO	NR																																													
MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8																																													
ANSIEDAD Y DEPRESION	1	2	8																																													
PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO... ..	1	2	8																																													
DEJÓ DE TRABAJAR	1	2	8																																													
DEJÓ DE ESTUDIAR	1	2	8																																													
OTRAS IMPORTANTES	1	2	8																																													
1205	Por favor dígame si en los últimos 12 meses , se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su (PAREJA), muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI A MENUDO</th> <th>SI ALGUNAS VECES</th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>NO NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿La ha empujado o jaloneado?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>B ¿La ha golpeado con la mano o con el pie?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>C ¿La ha golpeado con un objeto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>D ¿La ha tratado de estrangular o quemar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>E ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		SI A MENUDO	SI ALGUNAS VECES	SI UNA VEZ	NO NUNCA	A ¿La ha empujado o jaloneado?	1	2	3	4	B ¿La ha golpeado con la mano o con el pie?	1	2	3	4	C ¿La ha golpeado con un objeto?	1	2	3	4	D ¿La ha tratado de estrangular o quemar?	1	2	3	4	E ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería?	1	2	3	4																
	SI A MENUDO	SI ALGUNAS VECES	SI UNA VEZ	NO NUNCA																																												
A ¿La ha empujado o jaloneado?	1	2	3	4																																												
B ¿La ha golpeado con la mano o con el pie?	1	2	3	4																																												
C ¿La ha golpeado con un objeto?	1	2	3	4																																												
D ¿La ha tratado de estrangular o quemar?	1	2	3	4																																												
E ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería?	1	2	3	4																																												
1205A	VERIFIQUE 1205: AL MENOS UN CODIGO 1, 2 ó 3 <input type="checkbox"/>	TODOS CODIGO 4 <input type="checkbox"/>	1218																																													
1206	¿Estas situaciones se han presentado a solos o en presencia de otras personas o ambas?	A SOLAS..... A EN PRESENCIA DE AMIGOS B EN PRESENCIA DE FAMILIARES..... C EN PRESENCIA DE LOS HIJOS(AS)..... D OTRAS PERSONAS X (ESPECIFIQUE)																																														

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1207	Como resultado de las agresiones de su (PAREJA):		
A	¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?	SI NO NR MIEDO A REACCIÓN..... 1 2 8	
B	¿Tuvo ansiedad y depresión con frecuencia?	ANSIEDAD Y DEPRESION 1 2 8	
C	¿Tuvo moretones, marcas y dolores en el cuerpo, heridas o algún hueso quebrado?	MORETONES HERIDAS HUESO QUEBRADO..... 1 2 8	
D	¿Tuvo algún problema en su embarazo?	PROBLEMAS EMBARAZO / ABORTO... 1 2 8	
E	¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?	PERDIDA DE ÓRGANO O FUNCIÓN..... 1 2 8	
F	¿Dejó de trabajar?	DEJO DE TRABAJAR 1 2 8	
G	¿Dejó de estudiar?	DEJO DE ESTUDIAR 1 2 8	
H	¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?	OTRAS IMPORTANTES 1 2 8	
I	¿Se embarazó producto de la agresión?	SE EMBARAZO 1 2 8	
1207A	VERIFIQUE 1207: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	1218
1208	Cuando usted fue agredida por su (PAREJA), ¿se defendió golpeándolo o agrediéndolo físicamente? SI ES "SI", PREGUNTE: ¿Muy a menudo, algunas veces, una vez? SI ES "NO", MARQUE NUNCA	MUY A MENUDO 1 ALGUNAS VECES 2 UNA VEZ 3 NUNCA 4	
1209	Cuando fue agredida por su (PAREJA), él: ¿Había consumido alcohol? ¿Había consumido droga?	SI NO NS ALCOHOL 1 2 8 DROGA 1 2 8	
1210	¿Cómo resultado de lo que su (PAREJA) le hizo fue usted al médico o a un establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2	1212
1211	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	
1212	Cuando fue maltratada por su (PAREJA), ¿pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1214
1213	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MADRE A PADRE B MADRASTRA C PADRASTRO D HERMANA E HERMANO F HIJA G HIJO H VECINOS/AMIGOS I OTRAS PERSONAS X (ESPECIFIQUE)	
1214	Cuando la maltrataron, ¿Ud. acudió a alguna institución para denunciar la agresión? Si la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CENTRO DE SALUD..... A BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA B SLIMS C PTJ D FISCALÍA E JUZGADO F SEDEGES G ONG H AUTORIDADES COMUNITARIAS U ORIGINARIAS... I DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA J OTRA X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO..... L	1217
1215	¿Qué tipo de apoyo recibió? INDAGUE: ¿Alguna más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MÉDICO A PSICOLÓGICO B LEGAL C OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1216	El agresor, ¿recibió terapia psicológica o sanción como, cárcel, arresto, multa o trabajo comunitario ? INDAGUE: ¿Alguna otra sanción o terapia? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLÓGICA..... D NINGUNA..... E RETIRÓ LA DENUNCIA F NO SABE G OTRA X (ESPECIFIQUE)	1218

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1217	<p>¿Por qué no denunció a la persona que le hizo daño?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna otra razón?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	NO SE DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C ME LO MEREÍA D MIEDO A LA SEPARACIÓN E MIEDO A QUEDARSE SOLA F MIEDO A REPRESALIAS G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONÓMICO H PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR I NO CREO EN LA JUSTICIA J PIENSO QUE ME COBRARÁN K RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M OTRA X _____ (ESPECIFIQUE)	
1218	<p>Por favor dígame si en los últimos 12 meses, alguna persona diferente a su (PAREJA) ¿La golpeó, abofeteó pateó o le hizo algún daño físico ?</p>	SI 1 NO 2 NO RESPONDE 8	1221
1219	<p>¿Quién la agredió?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	PATRÓN /JEFE A PROFESOR/A B CATEDRÁTICO/A C PADRE/ MADRE D PADRASTRO/ MADRASTRA E HERMANO/A F PRIMO/A G EXPAREJA H SUEGRO/A I TIO/A J CUÑADO/A K AMIGO/A L DESCONOCIDO/A M OTRO X _____ (ESPECIFIQUE)	
1220	<p>¿Dónde la agredieron?</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	EN LA CALLE A EN SU TRABAJO B EN LA ESCUELA/ COLEGIO C EN LA UNIVERSIDAD D EN SU CASA E EN CASA DE PARIENTES F EN UNA FIESTA G OTRO LUGAR X _____ (ESPECIFIQUE)	
1221	<p>Alguna vez ha sido forzada por alguna persona diferente a su (PAREJA) a tener relaciones sexuales?</p>	SI 1 NO 2	1228
1222	<p>¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	PATRÓN /JEFE A PROFESOR B CATEDRÁTICO C PADRE D PADRASTRO E HERMANO F PRIMO G EXPAREJA H SUEGRO I TIO J CUÑADO K AMIGO L DESCONOCIDO M OTRO X _____ (ESPECIFIQUE) NO QUIERE HABLAR DEL TEMA Y	1228
1223	<p>Dónde la forzaron a tener relaciones sexuales</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro lugar?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	EN SU TRABAJO A EN LA ESCUELA/ COLEGIO B EN LA UNIVERSIDAD C EN SU CASA D EN CASA DE PARIENTES E EN UNA FIESTA F OTRO LUGAR X _____ (ESPECIFIQUE)	
1224	<p>Cuando la forzaron sexualmente, ¿Ud. acudió a alguna institución para denunciar la agresión?</p> <p>SI ES "SI", PREGUNTE:</p> <p>¿A cuál institución ha acudido?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	CENTRO DE SALUD A BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA B SLIMS C PTJ D FISCALIA E JUZGADO F SEDEGES G ONG H AUTORIDADES COMUNITARIAS U ORIGINARIAS... I DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA J OTRA X _____ (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO Y	1227

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1225	¿Qué tipo de apoyo recibió? INDAGUE: ¿Alguna más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MEDICO A PSICOLÓGICO B LEGAL C OTRO X (ESPECIFIQUE)	
1226	El agresor, ¿recibió terapia psicológica o sanción como, cárcel, arresto, multa o trabajo comunitario? INDAGUE: ¿Alguna más? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CARCEL A ARRESTO B MULTA C TRABAJO COMUNITARIO D TERAPIA PSICOLÓGICA E NINGUNA Y NO SABE X	1228
1227	¿Por qué no denunció? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	NO SE DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B MIEDO A REPRESALIAS C NO CREO EN LA JUSTICIA D PIENSO QUE ME COBRARÁN E RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE F NO QUIERO PROVOCAR PROBLEMAS EN EL HOGAR G OTRA X (ESPECIFIQUE)	
1228	¿Golpeaba su padre a su madre?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1229	VERIFIQUE 216 AL MENOS UN HIJO VIVO <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE	NINGUN HIJO VIVO <input type="checkbox"/>	1234
1230	¿Quién cuida a sus hijos(as) la mayor parte del tiempo? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguien más?	PADRE A MADRE B PADRASTRO C MADRASTRA D ABUELO E ABUELA F HERMANA MAYOR G TRABAJADORA DEL HOGAR H OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1231	¿Quién castiga a sus hijos(as) en el hogar? CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS INDAGUE: ¿Alguien más?	PADRE A MADRE B PADRASTRO C MADRASTRA D ABUELO E ABUELA F HERMANA G HERMANO H OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE/NO LOS CASTIGAN Y	1234
1231A	VERIFIQUE 1231 PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> SI 1231 ≠ A, B <input type="checkbox"/>		
1232	HIJOS VARONES A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijos varones? B. En qué forma castiga Ud. a sus hijos varones? C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones?	A A B B C C D D E E F F G G H H I I J J K K L L M M X X (ESPECIFIQUE)	
1233	HIJAS MUJERES A. En qué forma castiga su esposo/compañero a sus hijas mujeres? B. En qué forma castiga Ud. a sus hijas mujeres? C. En qué forma castiga esa persona a sus hijas mujeres?	A A B B C C D D E E F F G G H H I I J J K K L L M M X X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																							
1234	<p>Generalmente, ¿en qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que creció?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿De alguna otra forma?</p>	<p>JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS A</p> <p>GOLPES EN EL CUERPO B</p> <p>GRITOS..... C</p> <p>INSULTOS..... D</p> <p>PRIVÁNDOLA DE ALIMENTACIÓN E</p> <p>DEJÁNDOLA ENCERRADA F</p> <p>PONIÉNDOLE MAS TRABAJO G</p> <p>DEJÁNDOLA FUERA DE CASA H</p> <p>ECHÁNDOLE AGUA I</p> <p>QUITÁNDOLE LA ROPA..... J</p> <p>IGNORÁNDOLE MÁS DE UN DÍA..... K</p> <p>QUITÁNDOLE SU RECREO O MESADA..... L</p> <p>PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA M</p> <p>OTRA: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LA CASTIGABAN..... Y</p>																																								
1235	<p>¿Cree Ud. que para educar a los hijos(as) es necesario algún castigo?</p> <p>SI ES "SI", PREGUNTE: ¿A menudo o algunas veces?</p> <p>SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p>	<p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>																																								
1236	<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?</p> <p>E ¿Cuando lloran mucho?</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> <tr> <td>LLORA</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	LLORA	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																																							
LLORA	1	2	8																																							
1237	<p>El año pasado 2007 ha sufrido alguno de los siguientes eventos en la ciudad o en el campo:</p> <p>A ¿Accidente de tránsito ?</p> <p>B ¿Accidente doméstico ?</p> <p>C ¿Accidente deportivo?</p> <p>D ¿Accidente en el trabajo?</p> <p>E ¿Accidente en desastre natural?</p> <p>F ¿Accidente en alguna convulsión social?</p> <p>PARA CADA PREGUNTA: SI ES "SI", SONDEE ¿En la ciudad o en el campo?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">CIUDAD</th> <th colspan="2">PUEBLO/ CAMPO</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE TRÁNSITO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DOMESTICO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DEPORTIVO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN EL TRABAJO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN DESASTRE NATURAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EN CONVULSIÓN SOCIAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		CIUDAD		PUEBLO/ CAMPO		SI	NO	SI	NO	DE TRÁNSITO	1	2	1	2	DOMESTICO	1	2	1	2	DEPORTIVO	1	2	1	2	EN EL TRABAJO	1	2	1	2	EN DESASTRE NATURAL	1	2	1	2	EN CONVULSIÓN SOCIAL	1	2	1	2	
	CIUDAD			PUEBLO/ CAMPO																																						
	SI	NO	SI	NO																																						
DE TRÁNSITO	1	2	1	2																																						
DOMESTICO	1	2	1	2																																						
DEPORTIVO	1	2	1	2																																						
EN EL TRABAJO	1	2	1	2																																						
EN DESASTRE NATURAL	1	2	1	2																																						
EN CONVULSIÓN SOCIAL	1	2	1	2																																						
1238	<p>ENTREVISTADORA TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTRA PERSONA QUE TRATABA DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUMPIÓ 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																																							
1239	<p>AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.</p>																																									
1240	<p>HORA DE TERMINACIÓN:</p>	<p>HORA</p> <p>MINUTOS</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																							

INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO.
 LA COLUMNA DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE CON NACIMIENTOS, EMBARAZOS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

- N NACIMIENTOS
- E EMBARAZOS
- T TERMINACIONES
- 0 NINGÚN MÉTODO
- 1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
- 2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
- 3 PÍLDORAS/ PASTILLAS
- 4 DIU
- 5 INYECCIONES
- 6 IMPLANTES O NORPLANT
- 7 CONDÓN
- 8 TABLETA/ÓVULO/ESPUMA/JALEA
- 9 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)
- J RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA, BILLINGS)
- K MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (COLLAR)
- L RETIRO
- X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL. DE REVISIÓN

COL 1

	12	DIC		01
	11	NOV		02
	10	OCT		03
	09	SEP		04
2	08	AGO		05 2
0	07	JUL		06 0
0	06	JUN		07 0
8	05	MAY		08 8
	04	ABR		09
	03	MAR		10
	02	FEB		11
	01	ENE		12
<hr/>				
	12	DIC		13
	11	NOV		14
	10	OCT		15
	09	SEP		16
2	08	AGO		17 2
0	07	JUL		18 0
0	06	JUN		19 0
7	05	MAY		20 7
	04	ABR		21
	03	MAR		22
	02	FEB		23
	01	ENE		24
<hr/>				
	12	DIC		25
	11	NOV		26
	10	OCT		27
	09	SEP		28
2	08	AGO		29 2
0	07	JUL		30 0
0	06	JUN		31 0
6	05	MAY		32 6
	04	ABR		33
	03	MAR		34
	02	FEB		35
	01	ENE		36
<hr/>				
	12	DIC		37
	11	NOV		38
	10	OCT		39
	09	SEP		40
2	08	AGO		41 2
0	07	JUL		42 0
0	06	JUN		43 0
5	05	MAY		44 5
	04	ABR		45
	03	MAR		46
	02	FEB		47
	01	ENE		48
<hr/>				
	12	DIC		49
	11	NOV		50
	10	OCT		51
	09	SEP		52
2	08	AGO		53 2
0	07	JUL		54 0
0	06	JUN		55 0
4	05	MAY		56 4
	04	ABR		57
	03	MAR		58
	02	FEB		59
	01	ENE		60
<hr/>				
	12	DIC		61
	11	NOV		62
	10	OCT		63
	09	SEP		64
2	08	AGO		65 2
0	07	JUL		66 0
0	06	JUN		67 0
3	05	MAY		68 3
	04	ABR		69
	03	MAR		70
	02	FEB		71
	01	ENE		72

